

BBVA

Seguros Salud

Cirugía Segura

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. CONTRATO DE SEGURO _____ 6

III. COBERTURAS _____ 6

IV. EXCLUSIONES _____ 13

V. INDEMNIZACIONES _____ 14

VI. CLÁUSULAS GENERALES _____ 15

VII. CLÁUSULAS OPERATIVAS _____ 17

VIII. CLÁUSULAS CONTRACTUALES _____ 19

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 22

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguro y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de enero de 2012, con el número CNSF-H0704-0044-2011/CONDUSEF-000508-02, y a partir del día 24 de septiembre de 2012, con el número CNSF-H0704-0039-2012/CONDUSEF-001636-02 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019”.

Contrato de Seguro que celebran por una parte **BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer**, en lo sucesivo la Institución, y por otra parte el Contratante, el cual se indica en la carátula de la Póliza, mediante el cual la primera se obliga a indemnizar la suma asegurada especificada en la carátula de la Póliza por cada cobertura amparada, y la segunda se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas.

I. DEFINICIONES

1. Participantes

a) Institución

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer.

b) Contratante

Persona física o moral que celebra el contrato del Seguro y se compromete a realizar el pago de la prima.

c) Solicitante

Es la persona física que suscribe la solicitud del presente contrato de Seguro como Solicitante. El Solicitante podrá tener el carácter de Contratante.

d) Familia asegurable

Podrán ser incluidos en esta Póliza:

- El Solicitante
- Su cónyuge, entendiéndose como tal la persona con quien el Asegurado titular haya contraído matrimonio o su concubina o concubinario
- Los hijos dependientes del Asegurado titular y/o de su cónyuge

e) Asegurados

Miembros de la familia asegurable que, a petición del Solicitante, han sido incluidos en la Póliza y que en su conjunto conforman la familia asegurada.

f) Asegurado titular

Será al Solicitante a quien la Institución pagará la indemnización correspondiente a cada una de las coberturas amparadas para cualquiera de los Asegurados sujetos a las condiciones del presente contrato.

2. Prestadores

a) Médico

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizados en la república mexicana o en el país en que ejerce su profesión.

b) Médico especialista

Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el consejo mexicano de su especialidad o su equivalente, para ejercer la medicina de su especialidad en la república mexicana o en el país donde se realizó la cirugía y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

c) Cirujano

Profesionista que tiene el conocimiento médico con especialidad en cirugía general, debidamente certificado por el consejo mexicano de su especialidad o su equivalente y legalmente autorizado para realizar cirugías en la república mexicana o en el país donde se realizó la cirugía y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

d) Hospital

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud o equivalente en el país donde se realizó la cirugía, de carácter público o privado, para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgica y con médicos y enfermeras titulados, las veinticuatro horas del día.

Para fines de esta Póliza, el término hospital no incluirá ninguna Institución que primordialmente sea un lugar para cuidados ambulatorios, una instalación para ancianos o alcohólicos, drogadictos, o para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluso si la Institución está registrada como un hospital o clínica de reposo con las instalaciones adecuadas.

3. De las coberturas

a) Accidente

Toda alteración de la salud, resultado de un acontecimiento imprevisto que, ocurrido por una causa externa, súbita, violenta y fortuita; es decir, ajena a la voluntad del Asegurado o de un tercero, le ocasiona lesiones o daños corporales al Asegurado.

b) Enfermedad o padecimiento

Es toda alteración de la salud del Asegurado provocada por la acción directa o indirecta de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que amerita tratamiento médico.

c) Enfermedad congénita

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunas se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

d) Enfermedades preexistentes

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina que es improcedente una reclamación cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

1. Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o, en su caso, el expediente médico o clínico para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

2. Que previamente a la celebración del contrato el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efectos de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, y como parte del procedimiento de suscripción, la Institución podrá requerir al Solicitante que se someta a un examen médico.

En caso de que el Asegurado se haya sometido al examen médico al que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele el numeral de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Con independencia de lo establecido en la cláusula de Indemnizaciones, cuando a juicio de la Institución se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar por acudir ante un perito Médico que sea designado de común

acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Institución, a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito Médico, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de ellas hará el nombramiento del perito.

La Institución acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro; y las partes, en el momento de acudir a ella, deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y, en caso de existir, será liquidado por la Institución.

e) Cirugía o acto quirúrgico amparado

Se entiende por cirugía amparada una intervención quirúrgica realizada al Asegurado, con fines terapéuticos, a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser medicamente necesaria para la atención de:

1. Una enfermedad o padecimiento.
2. Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

f) Tiempo quirúrgico

Tiempo continuo que el paciente se encuentra en la sala quirúrgica (quirófano) donde se realiza el acto quirúrgico indicado por el Médico especialista para el tratamiento de una o varias enfermedades o accidentes, el cual inicia desde el monitoreo del anesthesiólogo hasta que el paciente llega a la sala de recuperación posterior a la cirugía.

g) Hospitalización

Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

h) Periodo de espera

El tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza del Asegurado afectado, para que los beneficios sean cubiertos.

i) Suma Asegurada

La suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para cada cobertura, estará nominada en moneda nacional conforme a lo establecido en el numeral 5. Moneda, cláusula VI, página 17.

j) Prima

Es el costo del seguro, en cuyo monto se incluyen gastos de expedición, tasa de financiamiento por pago fraccionado que, en su caso, fue pactada entre el Asegurado y la Institución en la fecha de celebración del contrato de Seguro, y el Impuesto al Valor Agregado.

k) Endoso

Es el documento que forma parte del contrato de Seguro y que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

4. De las reclamaciones

a) Indemnización

Es el pago de la suma asegurada que realizará la Institución cuando ocurre el evento cubierto.

b) Expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998)

Se define "Expediente Clínico" al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

II. CONTRATO DE SEGURO

La presente Póliza conformada por la solicitud del seguro, los requisitos de asegurabilidad, la carátula y las condiciones generales de la Póliza, endosos agregados a ésta, los recibos de pago o facturas electrónicas que lo comprueben, y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

III. COBERTURAS

1. Cobertura básica para cirugías

La Institución liquidará al Asegurado el importe de la Suma Asegurada correspondiente a la cirugía amparada, realizada al Asegurado por un cirujano, siempre que la Póliza se encuentre vigente al momento de la cirugía respecto al Asegurado afectado.

En caso de procedimientos múltiples realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, únicamente se liquidará el importe de la suma asegurada correspondiente a la cirugía amparada de mayor monto, o uno de ellos, si los montos son iguales.

2. Hospitalización

La Institución pagará el importe de la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, en caso de hospitalización a consecuencia de una cirugía amparada.

3. Pago adicional por cirugía de alto costo

En caso de que al Asegurado se le practique alguna de las cirugías amparadas enlistadas en este apartado, la Institución liquidará al Asegurado o a sus beneficiarios otro tanto de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica, siempre que la Póliza se encuentre vigente respecto al Asegurado afectado.

En caso de procedimientos múltiples o patología incluida en dos apartados de esta lista, realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, únicamente se liquidará la suma asegurada correspondiente a la cirugía amparada de mayor monto o uno de ellos si los montos son iguales.

a) Cirugía de corazón abierto

La cirugía de corazón abierto, que incluye la esternotomía o sección quirúrgica del esternón, es la seleccionada por el Médico del Asegurado, que puede ser Cardiólogo, Cardiocirujano, Cirujano de Tórax o Hemodinamista Cardiovascular, como el tratamiento más adecuado para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias, o cualquier anomalía estructural de las válvulas cardíacas o del corazón. Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar pruebas de exploración y cirugía cardíaca realizada, y los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete de la anomalía estructural cardíaca, motivo de la intervención.

b) Trasplante de órganos mayores

Es la cirugía de trasplante de órgano que se realiza al Asegurado en calidad de receptor del órgano trasplantado, amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas, siempre que ésta

sea médicamente necesaria, y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible, y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente, quedará excluido.

c) Cirugía de aneurisma cerebral

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa.

La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

Los procedimientos endovasculares.

d) Cirugía de injerto de piel

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el Médico tratante, que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o Cirujano Plástico Reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos), que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

Para indemnizar esta cirugía, es indispensable presentar, por parte del Médico tratante, la confirmación del diagnóstico y las gráficas clínicamente aceptadas y estandarizadas, demostrativas de la superficie total afectada.

La indemnización correspondiente se hará hasta que el funcionamiento del injerto quede habilitado.

Exclusiones

Las cirugías estéticas secundarias al injerto.

e) Extirpación de pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

Es la extirpación quirúrgica de por lo menos un lóbulo del pulmón, debiendo ser considerada esta cirugía torácica como el tratamiento más adecuado por un médico especialista Neumólogo, Cirujano Neumólogo o Cirujano de Tórax.

Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

La biopsia pulmonar.

f) Extirpación del intestino grueso (hemicolecotomía o colectomía total)

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total, eso es, Hemicolecotomía o Colectomía Total, respectivamente, y que este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un Gastroenterólogo o Cirujano General o Cirujano de vías digestivas o Cirujano Oncólogo, como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

g) Cirugía de columna cervical

Es la cirugía realizada en la columna cervical que es considerada por el Médico del Asegurado, que puede ser Traumatólogo, Neurocirujano u Ortopedista que cuente además con la subespecialidad en columna vertebral, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de una enfermedad severa de disco o fractura (Grado III o IV).

Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral.

h) Cirugía radical de cáncer

Es el tratamiento quirúrgico considerado por el Oncólogo o Cirujano Oncólogo como el más adecuado y necesario para detener la propagación del cáncer, a través de la extirpación completa (cirugía radical) de uno o varios de los siguientes órganos:

- Mama (mastectomía)
- Próstata (prostatectomía), con cistectomía y vaciamiento ganglionar, incluyendo cirugía radical de vejiga
- Útero (histerectomía), con salpingooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor
- Estómago (gastrectomía)
- Laringe (laringectomía)
- Páncreas (pancreatectomía), operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago

Para solicitar la indemnización correspondiente, es indispensable presentar el informe del Oncólogo y el de patología que confirmen el diagnóstico de cáncer, así como los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, y los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

La cirugía radical para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:

1. Los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos potencial maligno, maligno bajo o no invasivo.
2. Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (Tumor in situ Tis) o Ta por la séptima edición de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer).

i) Cirugía cerebral

Es la extirpación de por lo menos un lóbulo completo del cerebro, que es considerado por un Médico especialista Neurólogo o Neurocirujano, como el tratamiento más adecuado y necesario. Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones

Biopsia cerebral o cirugía de la hipófisis.

4. Cirugías amparadas con periodo de espera

Para que una cirugía, a causa de una enfermedad, se considere cubierta, el periodo de espera será de noventa días naturales.

Cada Asegurado tendrá un periodo de espera de dos años para cirugías, a causa de una enfermedad, que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: amígdalas, adenoides, columna vertebral, vesícula biliar, colon y/o recto, aparato reproductor femenino, así como piso pélvico, glándula mamaria, aparato reproductor masculino, próstata, rodilla, litiasis renoureteral, hernias internas o de la pared abdominal, defectos de pared abdominal y eventraciones espontáneas o postquirúrgicas.

5. Términos y condiciones del servicio de asistencia médica

Mediante la contratación de esta cobertura, serán proporcionados servicios de asistencia médica al Asegurado, de acuerdo con los términos y condiciones mencionados a continuación:

a) Disposiciones previas

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula de este numeral 5, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1. **Equipo Médico del Prestador de Servicios:** el personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del Prestador de Servicios a un Asegurado.
2. **Prestador de Servicios:** empresa contratada por la Institución para proveer los Servicios de Asistencia.
3. **Representante:** cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice gestión alguna para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.
4. **Residencia Permanente:** el domicilio habitual en Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la carátula de la Póliza o cualquier otro domicilio que sea probado por medios razonables.
5. **Servicios de Asistencia:** los Servicios Asistenciales que gestiona el Prestador de Servicios a los Asegurados, en los términos de este numeral, para los casos de Situación de Asistencia de un Asegurado.
6. **Situación de Asistencia:** todo acontecimiento ocurrido al Asegurado, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

b) Servicio de asistencia médica

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados por la Institución a través del Prestador de Servicios en Estados Unidos Mexicanos, durante las veinticuatro horas de los 365 días del año, a petición del Asegurado.

1. **Beneficio en km "0".- Opera dentro de la ciudad de residencia permanente del Asegurado y hasta el km 100, contado a partir del centro de dicha ciudad.**

a) Envío de médico a domicilio

A solicitud del Asegurado, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un Médico general hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo.

2. **Beneficios en km "0".- Operan en la ciudad de residencia permanente del Asegurado y hasta toda la república mexicana.**

a) Orientación médica telefónica

A petición del Asegurado, el Equipo Médico del Prestador de Servicios le asistirá gratuitamente, orientándole telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

- Utilización de medicamentos
- Síntomas o molestias que le estén aquejando

Sin límite de eventos.

b) Envío de ambulancia terrestre

Si el Asegurado, a causa de enfermedad o accidente que le provoque lesiones o traumatismos

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

y que en la opinión del Equipo Médico del Prestador de Servicios recomiende su hospitalización, el Prestador de Servicios gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano.

Si fuera necesario, por razones médicas se realizará el traslado bajo supervisión médica, incluyéndose sin limitación ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo con las heridas o lesiones que el Asegurado presente. Máximo 2 eventos gratuitos por año. Los eventos excedentes del tercero en adelante serán por cuenta del Asegurado, a precios preferenciales. Este beneficio no incluye ambulancia aérea, ni traslados aéreos de ningún tipo.

c) Referencia de laboratorios clínicos

Cuando un Asegurado necesite estudios de laboratorio, como biometría hemática, química sanguínea, VDRL, VIH, antígeno prostático, etc., el Equipo Médico del Prestador de Servicios le aconsejará sobre los laboratorios más cercanos a su residencia permanente o donde el Asegurado se encuentre. Los precios serán preferenciales, con descuentos entre 10% y 50%, de conformidad con los aranceles negociados por el Prestador de Servicios con los laboratorios clínicos de su Red Médica.

d) Referencia a gabinetes médicos de imagen

Cuando un Asegurado necesite estudios de gabinete, tales como rayos X simples y con medio de contraste, ultrasonidos, tomografías, etc., así como electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopias, etc., el Equipo Médico del Prestador de Servicios le aconsejará sobre los Gabinetes de Imagen más cercanos a su residencia permanente o donde el Asegurado se encuentre. Los precios serán preferenciales con descuentos entre 10% y 50%, de conformidad con los aranceles negociados por el Prestador de Servicios con los laboratorios clínicos de su Red Médica.

e) Referencia dental

Cuando un Asegurado necesite asistencia dental, el Equipo Médico del Prestador de Servicios le indicará al Asegurado sobre cuáles son las medidas que se deben tomar. El Equipo Médico del Prestador de Servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado y a cargo de éste, le concertará una cita con un dentista, con un costo preferencial. Dependiendo del tratamiento (consulta, radiografía, prevención, operatoria dental, odontopediatría, endodoncia, cosmética dental, cirugía bucal, prótesis bucal y prostodoncia, tratamiento parodontal y ortodoncia), los descuentos serán desde 25% hasta 40%, de conformidad con los aranceles negociados por el Prestador de Servicios con los dentistas de su Red Médica.

f) Paciente plus

El Prestador de Servicios ofrece descuentos en medicamentos a domicilio para Asegurados con padecimientos congénitos, independientemente de que éstos no se encuentran cubiertos bajo las presentes condiciones generales, o enfermedades crónicas degenerativas. Este beneficio será proporcionado en la zona metropolitana y en las principales ciudades de la república mexicana.

g) Referencia de ópticas

El Prestador de Servicios ofrece costos preferenciales y descuentos con ópticas de reconocido prestigio, de conformidad con los aranceles negociados por el Prestador de Servicios, las ópticas que conforman su Red Médica.

h) Referencia de servicios de enfermería general a domicilio

A solicitud del Asegurado, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general al Asegurado, el Prestador de Servicios gestionará el envío de un(a) enfermero(a) general hasta su residencia permanente o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Este beneficio será pagado por el Asegurado directamente a quien preste el servicio, entre \$300 a \$350 m.n., por 8 horas de atención domiciliaria, dependiendo del lugar, al momento en que finalice el turno acordado.

3. Beneficio en viaje.- Opera a más de 100 km contados a partir del centro de la ciudad de residencia permanente del Asegurado y hasta toda la república mexicana.

a) Referencia médica y hospitalaria

A solicitud del Asegurado, en caso de accidente y/o enfermedad, el Prestador de Servicios no emitirá ningún diagnóstico, pero pondrá a disposición del Asegurado los medios necesarios para concertar una cita con un Médico o en un centro hospitalario.

c) Obligaciones del Asegurado

1. Solicitud de asistencia

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado o su representante llamará a la central de alarma del Prestador de Servicios al teléfono (55) 5448 6867 desde toda la república mexicana o a los nuevos números que llegasen a informar, facilitando los datos siguientes:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el Prestador de Servicios podrá contactar con el Asegurado o su representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios tendrá libre acceso al Asegurado y a su historia clínica para conocer su situación, y si tal acceso le es negado por causas imputables al Asegurado, el Prestador de Servicios no tendrá la obligación de gestionar ninguno de los servicios de asistencia.

2. Traslado médico terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del Prestador de Servicios, el Asegurado o su representante deberán facilitar:

- a) El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Asegurado esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- b) El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atienda al Asegurado.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Asegurado, para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso por causas imputables al Asegurado, éste perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico del Prestador de Servicios decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para éste.

3. Normas generales

- a) **Mitigación.** El Asegurado deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las situaciones de asistencia se agraven.
- b) **Cooperación con el Prestador de Servicios de Asistencia.** El Asegurado deberá cooperar con el Prestador de Servicios para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al Prestador de Servicios los documentos necesarios, y ayudando al Prestador de Servicios y con cargo al Prestador de Servicios, a cumplimentar las formalidades necesarias.
- c) **Personas que prestan los Servicios de Asistencia.** Las personas que prestan los servicios de asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por el Prestador de Servicios, con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los servicios de asistencia, por lo que el Prestador de Servicios, no obstante que será responsable por la mediación en la gestión de los servicios de acuerdo con lo

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

estipulado en el numeral 5. Términos y condiciones del servicio de asistencia médica, cláusula III, página 9, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

d) Subrogación. El Prestador de Servicios quedará subrogado hasta el límite de sus gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado, contra cualquier responsable de un accidente o enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los servicios de asistencia.

d) Exclusiones Particulares del Servicio de Asistencia Médica:

- 1. Las situaciones de asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza-contrato.**
- 2. Los Asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el Prestador de Servicios.**
- 3. Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
- 4. Los servicios de asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 5. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Autolesiones o participación del Asegurado como sujeto activo en actos criminales.**
 - c) La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
- 6. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
- 7. La participación del Asegurado como conductor o competidor en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
- 8. Los causados por mala fe del Asegurado.**
- 9. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
- 10. Enfermedades o accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas indicados de forma ilustrativa, mas no limitativa.**
- 11. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente, y la convalecencia, se considerará como parte de la enfermedad.**
- 12. Embarazos en los últimos tres meses antes de la fecha probable de parto, así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.**
- 13. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
- 14. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías, con el fin de modificar errores refractarios.**

15. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
16. Enfermedades, accidentes o estados psicológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
17. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de éste.
18. La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
19. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, mas no limitativa.
20. Las situaciones de asistencia ocurridas fuera de la república mexicana.

IV. EXCLUSIONES

1. Exclusiones generales de las coberturas del producto.

Se excluyen las cirugías relacionadas con:

- a) Padecimientos preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- b) Suicidio, intento de éste o lesiones autoinfligidas.
- c) Bulimia o anorexia.
- d) Cesárea, parto y/o legrado uterino.
- e) Disfunción sexual, control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- g) Intervenciones cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- h) Intervenciones dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- i) Calvicie, obesidad y reducción de peso.
- j) Tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- k) Diálisis o insuficiencia renal.
- l) Miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- m) Nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- n) Aquellas que sean ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).
- o) Aquellas que sean experimentales o que no estén avaladas por la FDA (Food and Drug Administration).
- p) Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos o deportes peligrosos o riesgosos, tales como:
 1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.
 2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre,

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales, o cualquier deporte profesional.

- 3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad o resistencia.**
- 4. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos o terrestres.**
- 5. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.**

q) Hospitalizaciones o cirugías que no sean médicamente necesarias.

V. INDEMNIZACIONES

1. Aviso

En caso de reclamación para el pago de siniestros, se deberá dar aviso por escrito a la Institución dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de los hechos que dieron origen a tal reclamación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darse tan pronto cese uno u otro.

2. Pruebas

El reclamante deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad, entregando además, junto con la reclamación, las pruebas que le solicite la Institución relativas al hecho que genere la obligación y el derecho de quien solicite el pago. Los documentos que se exhiban por el reclamante en idioma extranjero deberán ser presentados con su correspondiente traducción al idioma español por un perito autorizado.

La Institución tendrá derecho de exigir al reclamante toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias de éste. Asimismo, la Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, que en su caso requiera la Institución, liberarán a ésta de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta Póliza y la realización del evento, sea el Asegurado, sus Beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Institución con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

La Institución podrá conservar copia certificada de los diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, encefalogramas, certificaciones de expedientes, facturas e historias clínicas, y demás elementos probatorios aportados por el reclamante, resulte o no procedente la indemnización.

En caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación: cada parte designará, dentro de un periodo de ocho días naturales siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo, a un Médico.

Los dos Médicos deberán designar a un tercero para el caso de controversia, mismo que deberá ostentar

un cargo técnico o directivo de un instituto nacional de la especialidad médica del padecimiento que dio origen a la reclamación o bien, tener acreditación vigente por el consejo de la actividad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.

Los honorarios y gastos de los Médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer Médico quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en el numeral 8. Competencia, cláusula VII, página 18.

3. Pago de la indemnización

El pago a cargo de la Institución se realiza:

- a) Si el Asegurado es menor de edad o se encuentra en estado de interdicción, a la persona que sustente la patria protestad o tutela.
- b) En los demás casos se pagará directamente al Asegurado.
- c) En el caso que el Asegurado fallezca o quede imposibilitado, la indemnización procedente se pagará a los Beneficiarios.

4. Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del solicitante Asegurado (para efectos del presente numeral, el Asegurado); en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales; y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales.

En caso de que el Asegurado desee que otras personas sean los Beneficiarios, en cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar sus Beneficiarios, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto, deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. Edad

a) Edades de aceptación

Será entre 1 y 65 años pudiendo renovar la cobertura de forma vitalicia siempre que el Asegurado llegue a la edad de 65 años y tenga al menos cinco años completos de cobertura continua con la Institución.

b) Comprobación de la edad

Si en el momento de celebrar el contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Institución pruebas fehacientes de su edad, la Institución lo anotará en la Póliza o en el endoso correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

c) Consecuencias de una inexacta declaración de edad

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de los Asegurados, ésta hubiere estado fuera de los límites de aceptación establecidos al momento de la celebración o en su caso la renovación del contrato de Seguro, los beneficios de la Póliza quedarán rescindidos para dichos Asegurados y la Institución reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima pagada y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas correspondientes a los periodos siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
3. Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
4. Si la inexactitud en la edad se descubre con posterioridad a la muerte del Asegurado, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos antes descritos se aplicarán las tarifas que estén en vigor al momento de la detección de la inexactitud.

2. Vigencia

a) Inicio de vigencia

A partir de la hora y fecha que se indica en la carátula de la Póliza.

b) Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación sea de un año.

3. Primas

a) Importe de la prima

El Contratante se obliga a pagar la prima convenida por la cantidad que se indica en la carátula de la Póliza.

b) Vencimiento de la prima

El pago de la prima deberá efectuarse en el momento de la celebración del contrato por lo que se refiere al primer periodo de seguro. Las primas posteriores se entenderán vencidas al comienzo de cada periodo.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de ésta, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

c) Lugar de pago de primas

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de la Institución, contra la entrega del recibo correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante, en este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

d) Pago fraccionado de primas

El Contratante podrá optar por cubrir los pagos de las primas en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, los cuales bajo ninguna circunstancia podrán ser inferiores a un mes y se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y la Institución al momento de la celebración del contrato.

En caso de siniestro, la Institución podrá deducir de la indemnización el total de las primas pendientes hasta completar la totalidad de la prima vencida no pagada.

e) Periodo de gracia

El Contratante gozará de un periodo de treinta días naturales para pagar el total de la prima o la primera fracción pactada. Si no hubiere sido pagada la prima o la primera fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Institución no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

4. Territorialidad

Cobertura mundial para Asegurados residentes en la república mexicana.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en el extranjero se cubrirán únicamente cuando, de acuerdo a su protocolo médico o manejo habitual en la república mexicana, se justifique un internamiento hospitalario de al menos 48 horas.

5. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o la Institución serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria en vigor a la fecha de pago.

VII. CLÁUSULAS OPERATIVAS**1. Reinstalación de suma asegurada**

La suma asegurada se reinstalará automáticamente (una vez por año Póliza) sin costo adicional, transcurridos seis meses contados a partir de la fecha de cirugía o acto quirúrgico procedente y pagado o en curso de pago.

2. Renovación automática

Si a la fecha de vencimiento de vigencia del seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad límite establecida por la Institución salvo lo previsto en el inciso a) Edades de aceptación, del numeral 1. Edad, cláusula VI, página 15, la renovación se hará en forma automática por otro periodo de seguro igual al contratado inicialmente y por la suma asegurada de la última renovación, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir la nueva prima que corresponda para cada renovación. Si el Contratante da aviso en contrario por escrito a la Institución, con no menos de treinta días de anticipación al vencimiento de la Póliza, no se realizará la renovación automática.

La prima de renovación pagadera durante el nuevo periodo será la que corresponda a la edad que el Asegurado tenga en el momento de la renovación, aplicando la tarifa y condiciones del contrato vigentes a la fecha de renovación que la Institución tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El comprobante de pago de la prima correspondiente expedido por la Institución, será la prueba de renovación para el Asegurado sin obligación por parte de la Institución de enviar una Póliza nueva, en el entendido que el envío de la documentación contractual relativa a la renovación, se hará en los mismos términos previstos en el numeral 3. Entrega de documentación contractual, cláusula VIII, página 19.

3. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el titular podrá proponer su rehabilitación a la Institución, mediante las siguientes condiciones:

- a) Que se solicite por escrito y presente los requisitos de asegurabilidad que solicite la Institución.
- b) Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, es necesario que el titular cubra todas las primas en descubierto.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Institución comunique por escrito al titular haber aceptado la propuesta de rehabilitación.

4. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 años contados a partir de la fecha de la cirugía o acto quirúrgico.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82** de la citada **Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

5. Omisiones e inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Institución, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (**Artículos 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

La omisión e inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (**artículos 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Institución a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a la Institución por el Contratante.

6. Rectificación

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (**artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

7. Indemnización por mora

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del **Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o hacer valer sus derechos en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de cualquiera de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los citados tribunales. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a la elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto en contrario, será nulo.

VIII. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

1. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse por escrito a la Institución en el lugar señalado como domicilio de la misma.

En todos los casos en que la dirección de la oficina de la Institución llegare a ser diferente de la que consta en esta Póliza, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2. Modificaciones

Las modificaciones a este contrato de Seguro serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el Contratante. Dichas modificaciones, si las hubiere, se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Institución, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por la Institución podrán cambiar o modificar en ninguna de las partes del presente contrato.

3. Entrega de documentación contractual

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los Derechos y Obligaciones del Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

1. A través de Servicio de Atención a Clientes (SAC);
2. Envío al domicilio del contratante por los medios que la Aseguradora utilice para tal efecto;
3. Vía correo electrónico a la dirección de correo que proporcione el contratante;
4. A través de un "Buzón Electrónico", previa solicitud por parte del Contratante, y mediante la asignación de una clave personal por parte de la Aseguradora para el ingreso y descarga de dicha documentación y;
5. Cualquier otro medio que la Aseguradora establezca e informe al Asegurado o Contratante.

El Asegurado y/o Contratante podrá, a través de SAC Seguros, solicitar la documentación contractual comunicándose al teléfono (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana; y (iii) enviando un correo electrónico: atencionbbvaseguros@bbva.com

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

La Aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en los numeral 2 mediante el acuse de recepción al momento de la contratación o en su defecto el acuse de recepción de las personas que se encuentren en el domicilio que el contratante haya señalado para tales efectos.

En el supuesto identificado en el numeral 3, la Aseguradora dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico y de la confirmación de recepción por parte del contratante en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación. Para tal efecto la Aseguradora procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío. Lo anterior sin perjuicio de brindar al Asegurado o Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual vía WEB a través del portal de internet descrito en el presente apartado con acceso autenticado mediante clave personalizada proporcionada por la Institución.

Cuando el Asegurado y/o Contratante manifieste su voluntad de recibir la documentación mediante el acceso al "Buzón Electrónico", éste deberá de ingresar a la página de internet www.bbvasegurossalud.mx digitando el usuario que para tal efecto le proporcionará la Aseguradora al momento de la contratación y la contraseña que el mismo generó en el portal de acuerdo con el procedimiento establecido para tal efecto, dejando constancia de la descarga y entrega de los mismos en los sistemas de recolección de datos de la página de internet de la Aseguradora.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante otorgue su consentimiento de forma expresa para recibir la documentación a que se hace referencia en la presente cláusula mediante el envío de la documentación vía correo electrónico o el acceso al "Buzón Electrónico" en los términos descritos con antelación, está de acuerdo en que los medios de identificación sustituyen la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio en términos de lo dispuesto por el **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

La documentación contractual será entregada en un plazo no mayor a treinta días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro a través del medio elegido por el Asegurado y/o Contratante, sin que ello obste que el Asegurado o Contratante pueda descargar o consultar las Condiciones Generales en los medios electrónicos determinados en las presentes Condiciones Generales.

Adicionalmente, si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta días naturales contados a partir de la contratación del presente seguro, los documentos mencionados en la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Aseguradora, comunicándose al teléfono (55) 1102 00 38 desde toda la república mexicana. Asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a bbvaseguros.mx@bbva.com

Para solicitar que la presente Póliza no se renueve, el Asegurado o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 00 38 desde toda la república mexicana.

La Aseguradora emitirá un folio de atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada.

4. Terminación anticipada del contrato

No obstante, el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante solicitud por escrito del Contratante. En este caso, la Institución tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiese estado en vigor, y que hubiere sido cubierta por el Contratante, de acuerdo con la siguiente tarifa para seguros a plazos menores a un año.

Periodo	Porcentaje de la Prima Anual
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes

**BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V.,
Grupo Financiero BBVA Bancomer**

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguro y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de enero de 2012, con el número CNSF-H0704-0044-2011/CONDUSEF-000508-02, y a partir del día 24 de septiembre de 2012, con el número CNSF-H0704-0039-2012/CONDUSEF-001636-02 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019”.

CONDICIONES GENERALES

CirugíaSegura

UNE BBVA Seguros Salud (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000 ext. 46115 desde toda la república mexicana.

Con domicilio en Mariano Escobedo 303 PB, (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto) Col. Anáhuac, alcaldía. Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México, Horario de atención de Lunes a Viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del Centro de México).

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado o Contratante, según corresponda, podrá solicitar la cancelación del presente contrato de seguro por: (i) el mismo medio por el cual fue contratado; (ii) por cualquiera de los medios que se enlistan a continuación, de manera enunciativa y no limitativa; y/o (iii) por cualquier otro medio que al efecto implemente la Institución, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución desde toda la república mexicana (55) 1102 00 38 de lunes a viernes de las 8:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado o Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de Folio de Cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Institución generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-H0704-0003-2016/CONDUSEF-G00221001”.

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro?

Cuando se contrata un seguro de vida, accidentes y enfermedades (gastos médicos mayores, accidentes personales o salud); es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como Asegurado, al momento de adquirir una protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos cuando contratas un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil:

Como Contratante, antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web bbvasegurossalud.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado

En caso de que ocurra un siniestro, tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora si hay retraso en el pago de la suma asegurada
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o bien acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus delegaciones estatales

Si presentaste una queja ante la CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico si las partes no se sometieron a arbitraje.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención, desde toda la república mexicana al (55) 1102 0038 o escribe a atencionbbvaseguros@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México. Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México) y al correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvasegurossalud.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015, con el número RESP-H0704-0032-2015/G00217001”.

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 1102 0038**

Centro de Atención a Siniestros

Para dar aviso inicialmente de un siniestro, ten a la mano
tu Póliza y marca:

800 32 SALUD
800 32 72583

De lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.