



Seguros Salud

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. OBJETO DEL SEGURO	9
III. CONTRATO DEL SEGURO	9
IV. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	10
V. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	13
VI. EXCLUSIONES GENERALES	13
VII. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	16
VIII. COBERTURAS ADICIONALES	17
IX. CLÁUSULAS GENERALES	18
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	25

“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 9 de agosto de 2010, con el número CNSF-H0704-0060-2010 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019”.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

Mediante el pago de la prima, la Institución se obliga a cubrir el reembolso de los gastos hospitalarios y honorarios médicos erogados dentro de la vigencia de la Póliza, así como otorgar el pago directo como un servicio, a consecuencia de atención médica recibida por accidente o enfermedad, que ocurran o se inicien durante la vigencia de esta Póliza, de acuerdo a sus condiciones, hasta la suma asegurada contratada y sujeto al deducible y porcentaje de coaseguro que se indican en la carátula de la misma.

De acuerdo a la solicitud respectiva, y con base en los datos e informes en ella proporcionados a la Institución, el presente contrato se sujeta a las siguientes cláusulas:

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Aborto involuntario (espontáneo)

Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (139 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menos a 500 g).

3. Accidente

Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales al Asegurado. El accidente que sufra el Asegurado será considerado amparado en los términos de esta Póliza, siempre que al ocurrir dicho suceso se encuentre vigente en la cobertura de esta Póliza, respecto al Asegurado que se trate.

Los accidentes amparados cuyo primer tratamiento médico o quirúrgico, sea recibido después de 30 días de ocurrir el accidente, serán considerados como enfermedad.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas, se considerarán como provenientes de un solo accidente. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo, también se considerará accidente, aplicando deducible y coaseguro:

- a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos.

4. Anestesiólogo

Es el médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

5. Asegurado

Es aquella persona que adquiere el beneficio de la cobertura del plan contratado, puede ser Asegurado Titular o Dependiente Económico.

6. Asegurado titular

Es la persona física que firma la solicitud como Asegurado principal.

7. Atención médica de corta estancia

Se define como atención médica de corta estancia a las hospitalizaciones que tengan una duración de unas cuantas horas, sin necesidad de pasar la noche en el hospital.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

8. Centro de atención telefónica (CAT)

Este servicio se otorga para cada integrante de la Póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las veinticuatro horas del día y durante los 365 días del año a nivel nacional.

9. Cirugía programada

Beneficio otorgado al Asegurado cuando la Institución confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica, de acuerdo a los lineamientos vigentes de la Institución.

10. Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de la Póliza como participación del Asegurado en cada reclamación procedente, sea inicial o complementaria, que se aplicará a los Gastos Médicos cubiertos en exceso del Deducible para cada enfermedad amparada por la Póliza.

11. Contratante

Es la persona física o moral que celebra el contrato de Seguro para sí o para terceros y se compromete a realizar el pago de la prima.

12. Deducible

Del total de Gastos Médicos Cubiertos, originados por una sola enfermedad amparada, la Institución deducirá la suma que se indica bajo el rubro de deducible en la carátula de la Póliza; en consecuencia, dicha cantidad quedará a cargo del Asegurado que hubiere cubierto los mencionados gastos.

13. Dependientes económicos asegurados

Cónyuge, concubina o concubinario del titular e hijos solteros menores de 25 años incluidos en la Póliza.

14. Domiciliación bancaria

Es la autorización otorgada por el Contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella, en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

15. Endoso

Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.

16. Enfermedad

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un solo evento.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo, también se considerará enfermedad, aplicando deducible y coaseguro:

- a) Hernias, profusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
- b) Lesiones accidentales cubiertas por la Póliza que no hayan recibido atención médica dentro de los primeros treinta días de ocurridas.

17. 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, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

18. Enfermedad preexistente

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

- a) 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, o 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.

- b) 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 del seguro, 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.

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.

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 Asegurado 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.

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.

19. Enfermera

Persona que ejerce la enfermería con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

20. Estabilización médica

Salir de la situación crítica del estado agudo del accidente o enfermedad manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables.

21. Evento

Se considera como un solo evento todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

22. Fecha en que se efectúan los gastos

Se considerará que los gastos médicos se efectúan en la fecha en que se reciba el servicio médico correspondiente o en la que se practiquen los estudios de laboratorio y/o gabinete.

23. Honorarios médico-quirúrgicos

Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

Se entenderá como honorarios médicos, la suma de los gastos erogados por los siguientes conceptos: honorarios por intervención quirúrgica, ayudantes e instrumentistas, así como las visitas postoperatorias.

24. Hospital

Institución de salud legalmente autorizada para la atención médico-hospitalaria y quirúrgica de pacientes, certificada por la Secretaría de Salud de acuerdo a los parámetros establecidos por ella.

25. Hospitales de red

Son los indicados en el Directorio de Proveedores de Servicios a los que se tiene derecho de acuerdo al plan y zona contratada, y que adicionalmente puede ser consultado a través del CAT o en la página de internet de la Institución.

26. Implantación

Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto: su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, sustancias orgánicas, artificiales, radioactivas o aparatos eléctricos como los marcapasos.

27. Médico

Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulado legalmente y autorizado para ejercer la profesión médica en la república mexicana que no sea familiar del Asegurado por consanguinidad o familia política hasta en segundo grado.

Médico acupunturista

Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista, el cual utiliza la acupuntura como recurso complementario en tratamiento de las enfermedades aplicando los principios y fundamentos establecidos en la antigua medicina China (el Yin y el Yang).

Médico homeópata

Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata, el cual utiliza a la homeopatía como recurso complementario en tratamiento de las enfermedades aplicando los principios y fundamentos establecidos por el Dr. Samuel Hahnemann (principio de similitud).

Quiropráctico

Es aquel profesional el cual cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuroesquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.

28. Médico de red

Médico vinculado con la Institución por convenio, para dar trato preferencial a sus Asegurados. Esta información se obtiene a través del CAT.

29. Padecimiento congénito

Padecimiento con el que se nace o que se contrae en el útero materno durante los periodos embrionario y fetal.

30. Pago directo

Es el pago que realiza directamente la Institución al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio y en consecuencia, pertenece a la red médica por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato respectivo, de acuerdo a los lineamientos vigentes en la Institución.

31. Parto normal (eutócico, natural o vaginal)

Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre), sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

32. Parto prematuro

Ocurre cuando se obtiene un producto antes de la semana treinta y seis de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

33. Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual el Asegurado no tenía vigente alguna Póliza de seguro de gastos médicos mayores. Asimismo, también se entenderá que existe un periodo al descubierto por falta de pago de primas. Empieza al inicio del periodo de cobertura cuyas primas no fueron liquidadas oportunamente, y termina al momento de recibir el pago de las primas vencidas. No se pagarán las reclamaciones por enfermedades o accidentes que se hayan iniciado durante este periodo, ni los gastos erogados en dicho periodo por éste u otro padecimiento.

Al momento de originarse un periodo al descubierto, el o los Asegurados que estén incluidos en la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en la Institución o en otra Compañía y también los beneficios que habían adquirido, incluyendo los pagos complementarios de siniestros en curso de pago ocurridos con anterioridad a dicho periodo.

34. Periodo de espera

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada enfermedad o accidente sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos hasta el agotamiento de la suma asegurada y condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si la Póliza se da por terminada por cualquier causa imputable al Contratante y/o al Asegurado; o a solicitud del Contratante; o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el Asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o al agotarse la suma asegurada o por 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

35. Perito médico

Médico especialista certificado por el consejo correspondiente o alguna autoridad.

36. Práctica o actividad profesional de deportes

La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

37. Prótesis

Es un aparato, sistema o mecanismo que permite reemplazar o sustituir la función de un órgano o extremidad.

38. Recién nacido

Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 30 días de haber nacido.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

39. Red médica

Conjunto de prestadores de servicios médico y hospitalarios que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura que, asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al Asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea su por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

40. Reembolso

Es la restitución de los gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta Póliza, de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

41. Segunda y tercera opinión médica

El objetivo de la segunda opinión médica es no afectar la integridad física del Asegurado o la de sus Dependientes Económicos Asegurados cuando se requiera de una cirugía programada, salvo que sea indispensable.

Los tratamientos que se enlistan a continuación se cubrirán solamente si existe una segunda opinión médica coordinada por la Institución:

- a) Cirugía ortopédica
 - Columna y miembros
 - Rodilla
 - Cadena
- b) Intervención quirúrgica mayor
 - Cirugía cardiovascular
 - Neurocirugía
 - Cirugía de abdomen
 - Cirugía oncológica en padecimientos malignos
- c) Cirugía de trasplantes
- d) Cirugía de nariz y senos paranasales
- e) Cirugía refractiva

Cuando el diagnóstico de su médico tratante sea diferente a la del médico de la segunda opinión, el Asegurado tiene derecho a solicitar una tercera opinión con el mismo procedimiento. Sólo en caso de que la primera y la segunda opinión coincidan en su diagnóstico, la tercera opinión no procede.

42. Suma asegurada

Se define como el límite máximo de responsabilidad de la Institución, para cada Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

El total de las cantidades indemnizadas por la Institución al Asegurado, con relación a los gastos médicos cubiertos durante el periodo de beneficio establecidos en los términos de esta Póliza, en ningún caso excederá la cantidad indicada como suma asegurada máxima en la carátula de la misma. La suma asegurada aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto.

43. Tabulador de honorarios médicos

Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos.

Este tabulador se aplicará siempre y cuando el padecimiento y/o accidente sea un gasto cubierto. Se compone de la base de tabulador y el conjunto de porcentajes que se aplicarán a dicha base para cada uno de los procedimientos.

44. Tope de coaseguro

Es la cantidad máxima que paga el Asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la Póliza.

45. Tratamiento médico

Conjunto de acciones y/o procedimientos que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

46. Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que, de no realizarse, comprometería la vida, la función de un órgano o integridad corporal del Asegurado.

La urgencia médica termina cuando el Asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del accidente o enfermedad manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros aceptables.

Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del Asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que, de acuerdo a su severidad, ponen en peligro la vida del Asegurado o la viabilidad de alguno de sus órganos.

La urgencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del Asegurado.

47. Tipo de plan

Se refiere al tipo de nivel hospitalario contratado por el Asegurado y que se señala en la carátula de la Póliza, pueden ser hospitales de nivel alto, de nivel medio o de nivel bajo, de acuerdo a la clasificación mencionada en el anexo de estas condiciones generales.

48. Urgencia médica en el extranjero

Es toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el Asegurado fuera del territorio nacional y que ponga en peligro su vida o su integridad corporal como resultado de algún accidente o enfermedad, y por lo que requiera atención médica inmediata, mientras el Asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.

49. Vigencia

Este contrato estará vigente durante el Periodo de Seguro pactado que aparece en la carátula de la Póliza.

50. Vital

Se refiere a algo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para la supervivencia.

II. OBJETO DEL SEGURO

La Institución se obliga a indemnizar al Asegurado los gastos médicos en que incurra por motivo de un Accidente o una Enfermedad cubiertos por la Póliza, ya sea por tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por Médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad. La Institución reembolsará los gastos por los conceptos detallados en la cláusula IV. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, hasta la suma asegurada contratada, ajustándola previamente, en su caso, al Deducible y Coaseguro, así como las limitaciones consignadas en la Póliza.

III. CONTRATO DEL SEGURO

1. Contrato de seguro

La solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, estas condiciones generales, los endosos a la Póliza y las cláusulas adicionales que en su caso se agregasen, constituyen el testimonio completo del contrato de Seguro.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

2. Bases del contrato

Esta Póliza y, en su caso, las cláusulas que a la misma se agreguen, se entienden otorgadas con base en la solicitud y cuestionarios respectivos formulados por el Contratante y/o cada Asegurado.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en la solicitud mencionada, todos los hechos importantes para la apreciación de riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere este numeral, facultará a la Institución para dar por rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en realización del siniestro, como lo previenen los **artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

3. Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente Póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto.

IV. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Para efectos de esta Póliza, se entenderán como gastos médicos cubiertos aquellos que efectúe el Asegurado o sus Dependientes en territorio nacional por motivo de:

1. Gastos hospitalarios

- a) Costo de un cuarto sencillo privado con baño, por cada día de hospitalización, incluyendo el costo del paquete de admisión al Hospital, los alimentos de la persona internada y la cama extra para un acompañante.
- b) Cargos que efectúe el Hospital por servicios médicos y medicamentos suministrados para la atención de la persona hospitalizada, incluyendo los derechos a la anestesia y las salas de operación y recuperación.

2. Honorarios médicos

a) Honorarios quirúrgicos

Honorarios de Médicos y de sus asistentes por servicios profesionales prestados en las intervenciones quirúrgicas que hayan efectuado, incluyendo las consultas postoperatorias, hasta 15 días posteriores al alta hospitalaria. Los gastos médicos cubiertos no excederán en total de la suma asegurada Máxima para gastos quirúrgicos, realizada con los siguientes límites:

1. Cuando se efectúe una sola intervención, el pago máximo que corresponda a la que haya sido efectuada conforme al Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos.
2. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, el pago máximo que corresponda a aquella de las intervenciones efectuadas indicada con la mayor cantidad en el Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos.
3. Si en una misma sesión quirúrgica, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. Los honorarios médicos del anestesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.
4. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en distinto campo operatorio, el pago máximo que corresponda a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas indicada con la mayor cantidad en el Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, más el 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
5. Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano serán cubiertos al 100% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

6. En el caso de politraumatizados, serán cubiertas cada una de las intervenciones quirúrgicas al 100% cada una.
7. En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por Enfermedad o Accidente Amparado den lugar a procedimientos completos, para la aplicación de los numerales 1, 2 y 3 anteriores, debe entenderse que el pago máximo por dicho procedimiento será el que se indica en el Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, en forma independiente a que se efectúen una o más intervenciones.
8. Si hubiere necesidad de una nueva intervención y la misma se practicare dentro de las veinticuatro horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
9. Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales solamente uno esté cubierto, se pagará el 100% de los honorarios médicos del padecimiento cubierto y el 60% de la factura hospitalaria total.
10. Por honorarios del Anestesiólogo en cada intervención quirúrgica, se pagará hasta el 30% de los honorarios que correspondan al Médico cirujano que hubiere practicado la intervención, conforme a los numerales anteriores.
11. Los honorarios de los médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al médico cirujano.

b) Honorarios por consulta

Honorarios por consultas y visitas médicas sobre la base de Honorarios Médicos o Quirúrgicos. Se considerará como máximo una consulta o visita médica por día.

Los honorarios por Interconsulta de Médico Especialista se cubrirán siempre y cuando la consulta sea solicitada por el médico tratante para el manejo integral de la enfermedad o accidente amparado.

3. Medicamentos

Adquisición en farmacias autorizadas y legalmente constituidas para operar como tales, de drogas y medicinas prescritas por el Médico tratante que sean necesarias para el tratamiento del padecimiento reclamado. Para ello deberá acompañarse el recibo original de la farmacia, que cumpla con los requisitos fiscales vigentes en ese momento, y con la receta correspondiente.

4. Auxiliares de diagnóstico

Gastos por servicios de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o de cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad cubierta por esta Póliza.

5. Honorarios de enfermera

Honorarios de enfermera, siempre y cuando el médico tratante determine que es indispensable, de acuerdo al tabulador, pudiendo amparar las veinticuatro horas al día en servicios en turnos (máximo 3) y hasta un máximo de 30 días. El servicio prestado de enfermera siempre deberá ser intradomiciliario y será cubierto por reembolso.

6. Ambulancia terrestre

Gastos de ambulancia terrestre cuando el Asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado, siempre y cuando sea consecuencia de una emergencia médica y dentro de los límites de la república mexicana. Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso.

7. Otros servicios médicos

- a) Adquisición y aplicación de sueros, o por las aplicaciones de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo prescritas por el médico tratante.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

- b) Honorarios por tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia y otros semejantes, y rehabilitación física que no sean por motivos psicológicos o psiquiátricos.
- c) Renta de equipo para recuperación, incluyendo cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, respiradores artificiales o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno, y el oxígeno mismo siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante.

8. Tratamientos o enfermedades con condiciones específicas

- a) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad no excluidos en esta Póliza y que hayan ocurrido dentro de la vigencia de la misma para cada Asegurado.
- b) Estarán cubiertas las malformaciones congénitas de los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre biológica asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua con la Institución al momento del parto o cesárea. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado. El plazo máximo con que cuenta el Asegurado Titular para dar aviso por escrito a la Institución de dicho evento es de treinta días contados a partir de la fecha del nacimiento. Si a esta fecha la Institución no ha recibido ninguna comunicación, la protección del hijo nacido quedará sin efecto, quedando excluidos los padecimientos congénitos. En este caso, su ingreso está sujeto a la presentación de pruebas de asegurabilidad y a los periodos de espera correspondientes.

No están cubiertos los gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.

Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o esterilidad el embarazo múltiple; por lo tanto, los nacimientos prematuros, a consecuencia de estos tratamientos, no estarán cubiertos.

No están cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.

Para la cobertura de los padecimientos congénitos, no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en el cláusula IX. CLÁUSULAS GENERALES.

- c) Están amparados los honorarios por cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico que sea realizado por quiroprácticos. Asimismo, se amparan los honorarios de cualquier tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos, así como el tratamiento a base de hipnotismo o quelaciones, siempre y cuando los médicos cuenten con cédula profesional y sean recomendados por el médico tratante.
- d) Estarán cubiertos como enfermedad (aplicando el deducible y coaseguro contratado) o por accidente, aun sin contar con la cobertura de maternidad, los siguientes padecimientos siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez meses de cobertura continua con la Institución al momento del parto o cesárea:
 - Embarazo extrauterino
 - Parto prematuro
 - Estados de preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia)
 - Atonía uterina
 - Los estados de fiebre puerperal
 - Placenta acreta
 - Polihidramnios
 - Oligohidramnios
 - Mola hidatiforme
 - Huevo muerto retenido
 - Placenta previa central
 - Aborto involuntario

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

- e) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, queratomileusis, piqueratofaquia, denominados como queratotomías con un nivel mayor de cinco dioptrías en cada ojo.

Estos tratamientos se cubrirán solamente si existe una prescripción médica coordinada por la Institución a través de una segunda opinión, tal y como se establece en el numeral 41. Segunda y tercera opinión médica, cláusula I. DEFINICIONES.

V. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

1. Se amparan las enfermedades cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten 30 días después de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la Póliza y cuando la enfermedad sea considerada como una Urgencia Médica.
2. Se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua e ininterrumpida con la Institución para cada Asegurado:
 - Padecimientos ginecológicos
 - Hernias (excepto hernias de disco)
 - Eventraciones
 - Enfermedades ácido-pépticas
 - Litiasis en vías biliares
 - Litiasis en vesícula biliar
 - Litiasis del sistema urinario
 - Glándulas mamarias (incluyendo cáncer de seno)
3. Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua:
 - a) Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales sólo serán cubiertos, previa valoración de ello, al acto quirúrgico por parte del médico designado por la Institución para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico, conforme a lo establecido en el numeral 41. Segunda y tercera opinión médica, cláusula I. DEFINICIONES. En caso de accidente, no hay periodo de espera. No se cubrirán los tratamientos con fines estéticos.
 - b) Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
 - c) Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla (salvo las fracturas óseas en esta región).
 - d) Padecimientos anorrectales.
 - e) Venas varicosas.
 - f) Hernias de disco.
 - g) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir degeneraciones articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones. Hallux valgus (juanetes).
 - h) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y sus complicaciones.

VI. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no cubre gastos médicos u hospitalarios, ni los beneficios de las coberturas adicionales como consecuencia de:

- 1. Enfermedades preexistentes.**
- 2. Malformaciones o padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza de la Institución, o que no hayan mantenido su vigencia continua.**
- 3. Riñas provocadas por el Asegurado y sus lesiones como consecuencia, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policial o en tiempo de guerra,**

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

- revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).
4. Actos de guerra, rebelión, motín o insurrección de cualquier país u organización de países.
 5. Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad o accidente amparado.
 6. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o que se produzcan con su consentimiento.
 7. Accidentes sufridos mientras el Asegurado viaje como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares; o bien, participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 8. Suicidio, intentos del mismo o lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gases de cualquier clase.
 9. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, tratamientos de rehabilitación de la conducta o aprendizaje a consecuencia de una enfermedad, aun las que resulten de enfermedades o accidentes amparados. Así como los relacionados con trastornos del sueño y el síndrome de fatiga crónica.
 10. Tratamientos contra el alcoholismo, otras toxicomanías y sus complicaciones.
 11. Enfermedades derivadas por la ingestión de bebidas alcohólicas o por el uso de estupefacientes o psicotrópicos, así como lesiones del Asegurado derivadas de accidentes al encontrarse bajo el efecto de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable.
 12. Tratamientos con fines profilácticos y/o preventivos, curas de reposos o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como check-up, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos, así como tratamientos preventivos en vías de experimentación.
 13. Tratamientos para la calvicie, aumento o disminución de peso, obesidad o delgadez, así como nevus, ni las complicaciones que deriven de las mismas.
 14. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético o reconstructivo, ni las complicaciones que deriven de las mismas.
 15. Tratamientos preventivos o que por su naturaleza se consideren experimentales.
 16. Internamientos en establecimientos no reconocidos como hospitales.
 17. Gastos por llamadas de larga distancia, caja fuerte, excedente de un cuarto sencillo, privado con baño, renta de películas, control remoto de televisión, artículos de uso personal, medicamentos, tratamientos y/o estudios no relacionados con el padecimiento.
 18. Cualquier gasto realizado por acompañantes durante su internamiento en hospital o sanatorio o traslado, tales como cuarto o alimentos, excepto los que se originen por cama extra.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

19. Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico de infertilidad, esterilidad o control de la natalidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos, el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios provocados o inducidos.
20. Tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos por disfunción sexual y/o eréctil, salvo que éstos se presenten como una complicación de una enfermedad cubierta por la Póliza, así como todos aquellos productos que funcionan como complemento alimenticio (vitaminas, proteínas, leches, etc.) siempre que estos últimos no tengan plena justificación o relación directa con el padecimiento de origen.
21. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la Póliza.
22. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
23. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto, intraoculares y armazones de cualquier tipo, así como los cristales de lentes o anteojos, así como exámenes de la vista.
24. Abortos y legrados uterinos punibles y sus complicaciones.
25. Cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o maxilofacial, salvo las malformaciones congénitas de los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la Póliza según lo estipulado en la cláusula IV. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.
26. Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.
27. Cámara hiperbárica.
28. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
29. En el caso de trasplante de órganos, no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que éste reciba.
30. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía.
31. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación.
32. Salvo pacto en contrario, las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte, como son enunciativa mas no limitativamente: equitación en cualquiera de sus formas, piloto automotor de carreras, jockey, ciclismo de montaña, motociclismo, rugby, esquí, triatlón, viaje en globo, ala delta, bungee, box, buceo, lucha greco romana, lucha libre, artes marciales, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo, espeleología, rapel y cualquier deporte extremo.
33. Homicidio cuando resulte de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
34. Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

VII. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

1. Aviso de accidente o enfermedad

Cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, deberá ser notificada por escrito a la Institución dentro de los cinco días siguientes a su realización o manifestación, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

2. Reclamaciones

El Asegurado que pretenda un reembolso al amparo de esta Póliza, 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.

Junto con la reclamación, deberá exhibir las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y aquellas que le solicite la Institución relativas al diagnóstico del accidente o enfermedad amparada así como los gastos efectuados. Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que, para los de su clase, exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier circunstancia o hecho relacionado con la reclamación, consultar las historias clínicas y diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, electrocardiogramas y demás elementos probatorios aportados por el reclamante, para determinar la procedencia de la reclamación.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes y datos, el obstaculizar las investigaciones o las comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta Póliza, sea el Contratante, el Asegurado Titular o cualquiera de los Dependientes de éste, quienes incurran en las conductas descritas.

3. Pago de reclamaciones

La Institución pagará al Asegurado, o a quien éste designe, la indemnización que corresponda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba u obtenga todas las pruebas que acrediten la procedencia de la reclamación. En defecto del Asegurado, por muerte o incapacidad para el ejercicio de sus derechos civiles, el pago se hará a su sucesión, quien acredite la legal representación del Asegurado incapaz, según sea el caso. Cualquier prima vencida y no pagada, podrá ser deducida de cualquier indemnización respecto a cada Asegurado.

4. Monto de la indemnización

El importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médico-quirúrgicos, según el plan contratado y zona geográfica de contratación.

Si el Asegurado recibe atención hospitalaria por accidente o enfermedad, existirá penalización en el coaseguro sin tope del mismo en adición del coaseguro contratado, por los gastos erogados, en los siguientes casos:

- Cuando el Asegurado acceda o reciba servicios en un hospital de clasificación superior al establecido en su Póliza de acuerdo al plan contratado, tendrá una penalización en el coaseguro de 30 puntos porcentuales

En este caso no opera el beneficio de Pago Directo y Cirugía Programada.

Si el Contratante decide cambiar a una Póliza con mayor cobertura, el pago de gastos complementarios posteriores al cambio se hará de acuerdo a las condiciones que tenía contratadas el Asegurado al momento en que ocurrió el primer gasto del accidente o enfermedad cubierta.

5. Restitución

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a la Institución cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta Póliza y la ley.

6. Beneficio de pago directo y cirugía programada

Este beneficio se otorga al Asegurado siempre y cuando la atención médica o quirúrgica de enfermedades o accidentes cubiertos en el contrato se lleve a cabo directamente con médicos y hospitales pertenecientes a la red de la Institución dentro de la república mexicana.

Para que se otorgue este beneficio, el tratamiento médico o quirúrgico deberá rebasar el deducible contratado.

Este beneficio aplica sólo en Hospitales de Red y se extiende para la cirugía programada, siempre y cuando se realice la precertificación correspondiente a través del médico supervisor.

Se entiende como precertificación, al hecho de que, en caso de tratamiento quirúrgico, el Asegurado:

- a) Se comunique al CAT donde le indicarán los hospitales en los que opera el beneficio de Cirugía Programada, y
- b) Envíe a la Institución, por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital, el informe médico, el aviso de accidente y/o enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados incluyendo copia de la interpretación de los estudios radiológicos.

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si el Asegurado se realiza un tratamiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la Póliza o si tiene algún recibo de primas pendiente de pago.

VIII. COBERTURAS ADICIONALES

1. Cobertura en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, queda sin efecto el numeral 3. Territorialidad, cláusula III. CONTRATO DEL SEGURO.

En esta cobertura no opera el Beneficio de Pago Directo ni el de Cirugía Programada.

Para el caso en que deba reembolsarse algún gasto médico efectuado fuera del territorio nacional, en moneda extranjera, la Institución lo solventará en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente a la fecha en que se erogan dichos gastos.

2. Gastos erogados por maternidad: parto normal y cesárea

Mediante la contratación de esta cobertura, la Institución cubrirá los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado a causa de parto normal, la operación cesárea o por aborto no provocado. Esta cobertura está sujeta a un periodo de espera de diez meses transcurridos a partir de la contratación de la cobertura o del ingreso a la Póliza de la Asegurada. La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 12 años.

La suma asegurada de este beneficio es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será la que rija durante la vigencia de la Póliza.

La suma asegurada, el deducible y el coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza.

El reconocimiento de antigüedad de otra aseguradora no aplica para esta cobertura.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

3. Gastos erogados por urgencia médica en el extranjero

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Institución cubrirá dentro de los límites y bajo los términos indicados, hasta la suma asegurada y el deducible expuestos en la carátula de la Póliza, los gastos de los servicios médicos prestados en el extranjero, según lo establecido en los tabuladores UCR (Usual, Customary & Reasonable; es decir, de uso común, acostumbrado y razonable) del país donde se atiende, a causa de una Urgencia Médica por Accidente Amparado o Enfermedad Amparada, que reciba el Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos Asegurados.

Será cubierta la Urgencia Médica en el Extranjero, siempre y cuando:

- a) Se trate de una Urgencia Médica según los términos definidos en la cláusula primera.
- b) Que dicha necesidad haya sido a consecuencia de un accidente amparado o enfermedad amparada siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero, mientras el Asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.
- c) Que dichos servicios se encuentren cubiertos por la Póliza contratada.
- d) Que el Asegurado haya notificado a la Institución el uso de servicios de urgencia médica dentro de los cinco días siguientes a su utilización, salvo caso de fuerza mayor o caso fortuito, en los cuales la notificación se realizará una vez que concluya la situación.

Cuando a criterio del médico tratante la atención médica de urgencia ya no sea requerida, cesará la condición de Urgencia Médica en el Extranjero.

No opera el beneficio de pago directo.

IX. CLÁUSULAS GENERALES

1. Cláusulas de interés para el Asegurado

a) Renovación automática

Este seguro podrá ser renovado por periodos iguales, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada periodo, el Contratante da aviso por escrito a la Institución que es su voluntad renovarlo. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Institución, se entenderá como prueba suficiente de tal renovación.

La tarifa aplicable será la que rija en la fecha de renovación registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Plan vitalicio

Cuando el Asegurado llegue a la edad de 65 años y tenga al menos cinco años completos de cobertura continua e ininterrumpida con la Institución, éste podrá continuar renovando su Póliza de forma vitalicia en un plan de igual o menor amplitud (suma asegurada, tipo de hospital y coberturas adicionales) en el cual estuvo asegurado antes de iniciar con este beneficio.

Eventualmente, la suma asegurada y el deducible podrán actualizarse a consecuencia de la inflación presentada en los servicios médicos publicada por el Banco de México de los últimos periodos, siempre y cuando exista dentro de la oferta comercial de la Institución, la opción de suma asegurada y deducible necesario de acuerdo al índice de inflación antes mencionado.

c) Primas

1. Importe de la prima

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Institución como prima, la cual será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo a su ocupación, edad y género. Éstas se calcularán de acuerdo a la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada Periodo de Seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de Póliza y tasa de financiamiento.

2. 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 la misma, las exhibiciones pactadas vencerán al inicio de cada fracción de tiempo en que se hubiere dividido el pago.

3. Lugar de pago de la prima

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. En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el seguro cesará sus efectos siendo efectiva la cancelación de la Póliza a partir del inicio del periodo al que corresponde el adeudo de la prima.

4. 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.

5. Ajustes al monto de la prima

Los ajustes por altas o bajas se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos de la fecha del movimiento a la fecha de pago de la Póliza; dichos ajustes se realizarán al momento del ingreso en la Póliza para las altas; y en caso de bajas, al recibir la Institución la notificación del Contratante por escrito.

d) Movimiento de asegurados

1. Altas

Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento sin necesidad de las pruebas médicas respectivas, hasta la renovación de la Póliza, siempre y cuando se notifique a la Institución dentro de los 30 días posteriores a la fecha del nacimiento y que la madre biológica tenga al menos 10 meses continuos de cobertura con la Institución al momento del nacimiento.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de la Institución, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la Póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud. En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la Póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

2. Bajas

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir del siguiente periodo en curso (fracción de prima pactada), cualquier Asegurado que fallezca.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, cualquier Asegurado que:

- a) Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del Asegurado Titular.
- b) Siendo hijos asegurados, contraigan matrimonio o cumplan 25 años de edad.
- c) Dejen de depender económicamente del Asegurado Titular.

En cualquier caso, los asegurados que causaron baja podrán contratar otra Póliza a su nombre, en el mismo plan, hasta por la misma suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas adicionales, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión y que la nueva Póliza se solicite dentro de los treinta días siguientes a su baja respectiva.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se pagará a la Institución la prima convenida para el periodo en curso (fracción pactada), de acuerdo a lo establecido en el **artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

e) Edad

1. 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.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado o sus Dependientes, la Institución no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Institución, pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática del contrato existente en la fecha de su rescisión.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare 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;
- b) Si la Institución hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) 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 reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real;
- e) Para los cálculos que exige el presente numeral, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

2. Edad límite de aceptación

El límite de edad de aceptación es hasta los 70 años para pólizas nuevas pudiendo renovarse en forma vitalicia, siempre y cuando tenga al menos cinco años de cobertura continua e ininterrumpida.

Por lo que respecta a los hijos, éstos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta que cambien su estado civil, siempre y cuando se cumpla con lo estipulado en el numeral 13. Dependientes económicos asegurados, cláusula I. DEFINICIONES.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

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

f) Rehabilitación

Si esta Póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de primas, ésta se cancelará a partir de la fecha de inicio del periodo de seguro cuyo recibo no fue liquidado; podrá ser rehabilitada siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se hizo efectiva la cancelación del contrato y pague a la Institución todas las primas vencidas.

Satisfechas las condiciones anteriores, el seguro que ampara esta Póliza entrará en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución agregando el endoso respectivo.

g) Periodo de beneficio

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada enfermedad o accidente sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos hasta el agotamiento de la suma asegurada y condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si la Póliza se da por terminada por cualquier causa imputable al Contratante y/o al Asegurado, o a solicitud del Contratante, o concluye la vigencia de la misma y ésta no es renovada y el Asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o al agotarse la suma asegurada, o por 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

h) Periodo de gracia

Es el lapso que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato. Si no hubiese sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento en el caso del primer pago del año Póliza, y dentro de los cinco días naturales siguientes a su vencimiento en el caso de los pagos subsecuentes, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo, siendo efectiva la cancelación de la Póliza a partir del inicio del periodo antes mencionado.

Durante este periodo, aun cuando no haya sido pagado el recibo de prima correspondiente, surten efectos las garantías y coberturas previstas en la Póliza, con excepción del beneficio de Pago Directo, en caso de siniestro.

i) Reconocimiento de antigüedad

Es el lapso que la Institución reconocerá por el aseguramiento ininterrumpido en un seguro de Gastos Médicos Mayores, aun cuando se trate de otra Compañía de Seguros, siempre que dicho seguro tenga una amplitud de cobertura (suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro tipo de hospital y coberturas adicionales) mayor o igual al solicitado en la Institución.

2. Cláusulas operativas

a) Residencia

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta Póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la república mexicana.

El Contratante y/o el Asegurado tiene la obligación de notificar a la Institución, el lugar de residencia de sus dependientes cuando éstos vivan en un domicilio diferente al del Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

b) Vigencia

1. Inicio de vigencia

Las coberturas especificadas en la carátula de la Póliza inician a partir de la doce horas del día señalado como inicio de vigencia y continúan durante el periodo de seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

2. Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación se indica en la carátula de la Póliza y coincidirá siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la misma carátula.

c) Modificaciones al contrato

Ningún cambio o modificación al contrato será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes mediante cláusula escrita agregada a la Póliza registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, ningún agente o persona no autorizada por la Institución podrá cambiar o modificar las condiciones y beneficios del contrato.

3. Cláusulas contractuales

a) Competencia

En caso de controversia, el Asegurado y/o Contratante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada para la Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o, en su caso, podrá hacer valer sus derechos ante 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 dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes.

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.

b) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, 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**.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

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

c) Omisiones e inexactas declaraciones

El Contratante y Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Institución, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del 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 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

d) 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 de los Estados Unidos Mexicanos en vigor a la fecha de pago.

e) 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 titular 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.

f) Rectificación

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren 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**).

g) 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 cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos 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.

h) Subrogación

Al pagar la indemnización, la Institución se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño o bien, si es responsable de la misma.

i) Cláusula 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. De manera personal al momento de contratar el Seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que la Institución utilice para tal efecto.
3. Por internet, a través de correo electrónico o cualquier otro medio que la Institución establezca e informe al Asegurado o Contratante.

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1 y en el caso de los numerales 2 y 3 dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 5998 5000 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 segurososalud.mx@bbva

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 5998 5000 desde toda la república mexicana. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso”.

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasegurososalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurososalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvasegurososalud.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 9 de agosto de 2010, con el número CNSF-H0704-0060-2010 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019”.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

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 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

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, así como los preceptos legales, podrá hacerlo a través de la página web: bbvasegurossalud.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) 5998 5000 , 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/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 esta protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si 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 10 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 lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web bbvasegurossalud.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas

En caso de que ocurra el 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 en caso de 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 la queja ante 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 (55) 5998 5000 o escribe a segurossalud.mx@bbva.com

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 el 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 17:30 hrs.

Desde toda la república mexicana: **(55) 5998 5000**

Atención a Siniestros:

800 990 0952

Desde toda la república mexicana.

Correo electrónico: **segrossaludgmm@bbva.com**

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año