



Seguros Salud

Salud Asegurada Plus

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. CONTRATO DE SEGURO	5
III. COBERTURAS	6
IV. EXCLUSIONES GENÉRICAS	18
V. DISMINUCIÓN DE SECCIONES	19
VI. PRIMAS	19
VII. VIGENCIA	20
VIII. GENERALIDADES	20
IX. INDEMNIZACIONES	24
X. TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA	25
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	30

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

“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 11 de mayo de 2011, con el número CNSF-H0704-0014-2011 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000465-02”.

I. DEFINICIONES

1. Institución

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

2. Accidente

Hecho que se deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños en la persona o en las cosas.

3. Asegurado

Persona amparada por las coberturas de la Póliza de seguro.

4. Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del 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.

5. Contratante

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.

6. Diagnóstico definitivo

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, se ratifique o compruebe con estudios de laboratorio y gabinete además del Expediente Clínico.

7. Endoso

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

8. Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesional de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

9. 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 algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

10. Enfermedades preexistentes

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

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

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, 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.

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.

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.

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.

11. Expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998)

Se define el "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.

12. Indemnización

Es el monto pagado por la Institución cuando ocurre el evento cubierto.

13. Pago de la indemnización

Es el pago a cargo de la Institución y que se realiza:

- Si el Asegurado es menor de edad o encontrarse en estado de interdicción, a la persona que sustente la patria potestad o tutela
- En los demás casos se pagará directamente al Asegurado
- En el caso que el Asegurado fallezca la indemnización procedente se pagará a los Beneficiarios

14. Médico

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulada y con cédula profesional legalmente autorizada por el país en que ejerce su profesión, y que puede clasificarse de acuerdo a las siguientes tres variables:

- Grado de Estudios
- Personalidad frente al Asegurado
- Cumplimiento de un proceso de Educación Continua

15. Médico especialista

Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalado por la Dirección General de Profesiones o el Título de la especialidad.

16. Periodo de espera

Es el tiempo que deberá transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para que las coberturas operen, este periodo variará dependiendo de cada enfermedad cubierta.

17. Periodo de supervivencia

Es el tiempo que deberá sobrevivir el Asegurado a partir de la fecha del primer diagnóstico definitivo del padecimiento cubierto, para que tenga derecho a la indemnización. Dicho periodo es de 7 días naturales.

18. 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.

19. Primer diagnóstico

Para efectos de esta Póliza, se entenderá como diagnóstico definitivo aquel que se haya dictaminado al Asegurado con base en los síntomas, signos y en general el cuadro clínico que presenta, así como los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para confirmar por primera vez la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas.

20. Hospital

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

21. 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 el padecimiento amparado, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

22. Tratamiento médico

Es aquel que debido al estado de salud de la persona, requiere de estancia hospitalaria por espacio mayor a 48 horas dentro de un hospital. La estancia en el área de urgencias en un hospital no es considerada como tratamiento médico.

23. Tratamiento quirúrgico

Es toda intervención quirúrgica que requiera un internamiento hospitalario para la atención de un padecimiento mayor a 24 horas y que requiera la intervención de un equipo quirúrgico, incluyendo la atención anestésica.

II. 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. Se entiende por carátula de la Póliza, el documento en el que constan los datos generales del contrato de seguro, tales como nombre del Contratante, nombre del Asegurado, edad, suma asegurada, riesgos cubiertos, firma de la Institución y en general los que permiten identificar al seguro contratado.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

III. COBERTURAS

Cobertura de primer diagnóstico definitivo

Si durante la vigencia de la Póliza, al Asegurado se le realiza el Primer Diagnóstico Definitivo de alguna de las enfermedades cubiertas, la Institución le indemnizará la suma asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que al Asegurado se le presenten por primera vez los síntomas y signos del cuadro clínico indicativos de la(s) enfermedad(es) cubierta(s) después de agotado el periodo de espera estipulado en esta Póliza.
- b) Que al Asegurado se le realicen por primera vez los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el diagnóstico definitivo de alguna de la(s) enfermedad(es) cubierta(s) después de agotado el periodo de espera estipulado en la carátula de esta Póliza.
- c) Que el primer diagnóstico definitivo sea avalado por el médico especialista definido según la enfermedad.

Se cubrirán las enfermedades detalladas en cada sección, siempre y cuando sus primeras manifestaciones, síntomas o signos se presenten después de agotado el periodo de espera, y que el Asegurado sobreviva al periodo de supervivencia establecido en el numeral 17. Periodo de supervivencia.

El pago a realizar por la Institución será por una sola ocasión para cada Sección. Una vez liquidada la suma asegurada de una enfermedad, se da por terminada la obligación de la Institución para el resto de enfermedades agrupadas en esa Sección.

Sección 1. Afectaciones oncológicas

a) Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Oncólogo) acompañado del estudio histopatológico.

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Cáncer in situ y displasia cervical (NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos considerados premalignos (por histopatología), Cáncer de piel (excepto el melanoma maligno cuando el grado del tejido invasor no es bajo, de acuerdo con la clasificación de Breslow, con espesor mayor a 1 mm), Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA, Cáncer de próstata en etapa T1 del sistema TNM, el cáncer que existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, cuya recurrencia o invasión suceda dentro de los 90 días posteriores a la entrada en vigor del contrato de seguro.

b) Leucemia y Linfoma

Enfermedades malignas de la médula ósea que provocan un aumento incontrolado de leucocitos o glóbulos blancos (Leucemias) y los tumores malignos del tejido linfoide (Linfomas incluyendo la enfermedad de Hodgkin). Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Oncólogo o Hematólogo) acompañado del mielograma y estudio histopatológico.

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Leucemia linfocítica y granulocítica crónicas.

Sección 2. Afectaciones inmunológicas, neurológicas y renales**a) Artritis Reumatoide**

Enfermedad crónica que afecta a múltiples articulaciones de forma simétrica, simultánea; provoca dolor, inflamación articular, deformidad y destrucción de las articulaciones.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Reumatólogo) presentando el índice DAS28 del Asegurado con un valor mayor o igual a 6.32 acompañado por lo menos de tres estudios entre gabinete radiológico y estudios de laboratorio que sean positivos:

- Factor reumatoide
- Examen de anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anticuerpos anti-PCC)
- Proteína C reactiva
- Velocidad de segmentación globular
- Radiografías de las articulaciones
- Ecografía e imágenes por resonancia magnética (IRM) de las articulaciones

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Polimialgia reumática, Osteoartritis, Hiperostosis esquelética idiopática difusa, Espondiloartropatías, Espondilitis anquilosante y Artritis Psoriásica.

b) Esclerosis Múltiple (EM)

Es una enfermedad progresiva desmielinizante, neurodegenerativa crónica del sistema nervioso central que afecta el sistema motor y sensitivo del organismo. Se presenta en forma recurrente, cada ocasión recibe el nombre de episodio o brote; cada nuevo episodio o brote provoca una mayor lesión en el sistema nervioso central.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Neurólogo) acompañado de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Estudios de conductividad nerviosa de los nervios ópticos, sensoriales y motores y Electromiografía
- Imágenes de Resonancia Nuclear Magnética (RNM)
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Banda oligoclonal IgG en LCR
- Índice IgG elevado
- Potenciales evocados

Tiene que haber por lo menos dos lesiones distintas verificables por resonancia magnética, además de evidencias de nuevos síntomas o lesiones en un intervalo no menor de 30 días naturales entre episodios.

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Enfermedad de Behçet, enfermedad de Sjögren, enfermedad de Eales, enfermedad de Dèvic, neurosífilis, enfermedad de Wipple, paraparesia espástica tropical, síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario y otros estados de hipercoagulabilidad, vasculitis primaria del sistema nervioso central, ataxia y paraplejas hereditarias, enfermedad de Fabry, síndromes paraneoplásicos y mielopatía cervical Arnold-Chiari.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

c) **Lupus Eritomatoso Sistémico**

Es una enfermedad inflamatoria, autoinmunitaria que afecta la respuesta inmunológica o de defensa del organismo frente a los gérmenes patógenos y otros cuerpos extraños, originando trastornos crónicos que lesionan la piel, las articulaciones, los riñones u otros órganos, afectando al menos dos de ellos.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista, Reumatólogo o Inmunólogo) acompañado de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten:

- Proteinuria
- Cilindros urinarios
- Uremia
- Desequilibrio electrolítico
- Anemia
- Leucopenia
- Linfopenia
- Trombocitopenia
- Células LE-positivas
- Anti-DNA, anticuerpos antinucleares, Anticuerpos anti-RNA y anti-Sm
- Hallazgo positivo de Anticuerpos antifosfolipídicos (AFL)
- Resultado positivo para anticoagulante lúpico
- Falso positivo en pruebas serológicas de sífilis (VDRL)

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Dermatitis, alteraciones neurológicas, enfermedades hematológicas, púrpura trombocitopénica, enfermedades autoinmunes y sarcoidosis.

d) **Enfermedad de Parkinson**

Es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que afecta las habilidades motoras, el habla y otras funciones. Puede provocar temblores, movimientos involuntarios y/o rigidez.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo, Médico Internista o Geriatra) acompañado de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten los siguientes criterios:

Grupo A

- Temblor en reposo
- Bradicinesia
- Rigidez
- Comienzo asimétrico

Grupo B

- Inestabilidad postural prominente en los primeros 3 años posteriores al comienzo de los síntomas
- Fenómeno de congelamiento (freezing) en los primeros 3 años
- Alucinaciones no relacionadas a medicamentos en los primeros 3 años
- Demencia precediendo a los síntomas motores o en el primer año
- Parálisis supranuclear de la mirada o enlentecimiento de los movimientos verticales de los ojos
- Síntomas severos de disautonomía no relacionados a medicamentos
- Los síntomas han estado presentes por al menos 3 años y ninguna de las características del grupo B está presente al día

Es necesario que estén presentes todas las características de ambos grupos.

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Parálisis supranuclear progresiva, atrofia sistémica múltiple, degeneración corticobasal, enfermedad de los cuerpos de Lewy, acompañada de demencia, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de neurona motora, fármacos (antipsicóticos, metoclorpamida, cinaricina, amiodarona, litio, alfametildopa, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la acetilcolinesterasa), enfermedad cerebrovascular, infecciones, sustancias tóxicas, traumatismos cerebrales, tumores, hidrocefalia, hematoma subdural crónico, hipertiroidismo, neuropatía periférica, alcoholismo.

Parkinsonismos atípicos: Parálisis supranuclear progresiva, atrofia sistémica múltiple degeneración corticobasal, enfermedad de los cuerpos de Lewy, acompañada de demencia, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de neurona motora.

Parkinsonismos secundarios: Fármacos: antipsicóticos, metoclorpamida, cinaricina, amiodarona, litio, alfametildopa, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la acetilcolinesterasa.

El parkinsonismo suele comenzar a los 10 – 30 días del uso de estos fármacos. Su clínica es similar a la de la EP, pero sin temblor y habitualmente se resuelve en los siguientes 3 meses de la suspensión del fármaco.

Enfermedad cerebrovascular

Infecciones

Sustancias tóxicas

Traumatismos cerebrales

Tumores

Hidrocefalia

Hematoma subdural crónico

Otras causas:

Fármacos

Hipertiroidismo

Neuropatía periférica

Enfermedad cerebrovascular

Alcoholismo

e) Insuficiencia renal crónica

La falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones que hace necesaria la diálisis peritoneal, hemodiálisis o el trasplante renal.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo indique que está en la fase de sustitución de la función renal y sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

Internista o Nefrólogo) acompañado del informe nefrológico y estudios realizados que sustenten el diagnóstico y tratamiento. El Asegurado deberá estar en tratamiento con diálisis, hemodiálisis o en el programa de trasplante de órganos conforme a la Norma Oficial Mexicana. El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica con filtración glomerular (GFR) de 30 mL/min o más.

f) Glomerulonefritis

Es la enfermedad renal causada por inflamación de las estructuras internas del riñón (nefronas y glomérulos). Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Nefrólogo) acompañado de al menos seis estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Análisis de orina
- Depuración de creatinina
- Proteinuria total
- Ácido úrico en la orina
- Prueba de concentración de orina
- Creatinina en orina
- Proteína en sangre
- Glóbulos rojos en orina
- Albúmina
- Examen de anticuerpos antimembrana basal glomerular
- Auto anticuerpos
- BUN y creatinina
- Componente 3 y 4 del complemento
- Niveles de complemento
- Tomografía computarizada del abdomen y fosas renales
- Ecografía abdominal
- Radiografía del tórax

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Falsas hematurias por medicamentos, drogas, alimentos o coluria, otras causas de hematuria, abdomen agudo inespecífico, insuficiencia cardiaca congestiva por cardiopatías diversas, insuficiencia renal aguda, necrosis tubular aguda y neumopatías con derrame y nefropatía.

Sección 3. Afectaciones cardiovasculares y pulmonares

a) Infarto al miocardio

La muerte (necrosis) de una parte del músculo cardiaco a consecuencia de suministro sanguíneo insuficiente. Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo) acompañado de los siguientes estudios:

1. Electrocardiograma con la aparición de cambios en el segmento ST (Elevación o depresión del Segmento ST-T, inversión de la onda T y aparición de ondas Q patológicas).
2. Estudio de enzimas cardiacas, incluyendo CPK-MB y Troponinas con elevación por lo menos al doble de los valores considerados como normales.

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, el síndrome intermedio, infarto del miocardio sin elevación del segmento ST en el electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

b) Revascularización Coronaria (Bypass)

Es el acto quirúrgico indicado por un cardiólogo o cardiólogo intervencionista para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo o cardiólogo intervencionista) acompañado del estudio angiográfico o perfusorios que confirme el diagnóstico y que el acto quirúrgico se documente con la nota postoperatoria emitida por la Institución en donde se haya realizado el procedimiento.

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Cualquier procedimiento o técnica como la angioplastia o el tratamiento por láser.

c) Accidente cerebrovascular

Significa la lesión vascular aguda por la interrupción de la circulación sanguínea causada por trombosis, la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intracerebral, el infarto cerebral que genera daños neurológicos permanentes (alteración del habla, alteraciones de la actividad motora o sensitiva, parálisis).

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo del accidente cerebrovascular, sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo o Médico Internista) acompañado de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que demuestren las lesiones e interrupción de la circulación cerebral. El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Isquemia Cerebral Transitoria o déficit neurológico isquémico reversible, hemorragia cerebral por traumatismo, hemorragia cerebral causada por tumor cerebral, hemorragia cerebral causada por cirugía encefálica, enfermedad vascular que afecte el ojo o nervio óptico.

d) Cardiopatía reumática

Es la enfermedad que ocurre cuando la fiebre reumática daña en forma permanente las válvulas del corazón. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo, Médico Internista o Reumatólogo) acompañado por lo menos de tres estudios entre gabinete radiológico, ecocardiografía, estudios de laboratorio que demuestren las lesiones de las válvulas cardíacas. El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Cualquier Cardiopatía que no sea por fiebre reumática o Artritis reactiva, coexistencia de fiebre reumática aguda y endocarditis bacteriana, Artritis séptica, Anemia de células falciformes, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad del suero, Enfermedad de Still de comienzo en el adulto.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

e) **Enfisema pulmonar**

Enfermedad pulmonar que comprende daño a los sacos de aire (alvéolos) en los pulmones.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Neumólogo) presentando la espirometría del Asegurado acompañada por lo menos de tres estudios entre gabinete radiológico y estudios de laboratorio que demuestren las lesiones de los alvéolos pulmonares. El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Bronquitis Crónica, Asma, Bronconeumonías repetidas, Silicosis, Tuberculosis pulmonar y complicaciones de las mismas.

f) **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

Es la enfermedad crónica pulmonar caracterizada por la obstrucción crónica de las vías respiratorias medias y bajas y productora de insuficiencia respiratoria.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Neumólogo) acompañado de:

- Espirometría forzada:
El resultado de la espirometría deberá presentar como mínimo los siguientes grados:
 - EPOC grave: FEV1 \geq 30% y <50%
 - EPOC muy grave: FEV1 <30% o <50% con insuficiencia respiratoria crónica (pO₂ <60 mmHg con o sin hipercapnia a nivel del mar)
- Radiografía de tórax postero-anterior y lateral
- TAC pulmonar
- Gasometría arterial

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Bronquitis Crónica, Asma, Bronconeumonias repetidas, Silicosis, Tuberculosis pulmonar y complicaciones de las mismas, disneas grado uno y dos.

g) **Tuberculosis pulmonar**

Es una infección por mycobacterium tuberculosis contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Infectólogo, Médico Internista o Neumólogo) acompañado por lo menos de tres de los siguientes estudios:

- Examen y cultivos del esputo positivo
- Biopsia del tejido afectado
- Broncoscopia
- Tomografía computarizada del tórax
- Radiografía de tórax
- Prueba de sangre con interferón gamma, como la prueba QFT-Gold para comprobar la infección de tuberculosis
- Toracocentesis

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Asma bronquial, alergia, rinitis y/o eccema, Bronquiectasias, insuficiencia cardiaca, cáncer de pulmón, tuberculosis ósea, bronquiolitis obliterante, displasia broncopulmonar y síndrome de apnea del sueño.

Sección 4. Afectaciones del aparato digestivo y metabólicas**a) Apendicitis aguda**

Es la inflamación aguda del Apéndice Cecal (apéndice) la cual produce dolor, fiebre, inflamación, necrosis y perforación de la pared del apéndice se acompaña de distensión abdominal. El cuadro es progresivo y produce signos de Peritonitis local o generalizada.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Cirujano General, Gastroenterólogo o Médico Internista) e ir acompañado del informe médico y estudios realizados que sustenten el diagnóstico, así como el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en donde se demuestre la inflamación aguda y/o necrosis y/o perforación de la pared del apéndice. El periodo de espera es de 90 días.

b) Hepatitis C

Es un proceso inflamatorio crónico del tejido hepático productor de insuficiencia hepática crónica causado por el virus de la hepatitis C (VHC). Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista, Infectólogo, Gastroenterólogo o Hepatólogo) acompañado de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Determinación del anti-HCV
- Determinación de la carga viral por PCR cualitativo
- Determinación de TGP, TGO, GGT, FA, DHL
- Genotipo de la hepatitis C
- Análisis del ARN para hepatitis C
- Pruebas de la función hepática
- Nivel de albúmina
- Tiempo de protrombina
- Biopsia del hígado

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Otros tipos de Hepatitis o alteraciones que produzcan Insuficiencia Hepática.

Sección 5. Afectaciones incapacitantes y permanentes**a) Pérdida total de la vista de ambos ojos**

La pérdida permanente e irreversible de la Agudeza Visual (AV) y Campo Visual (CV), aun con el uso de apoyo visual (lentes o cirugía), el déficit o disminución de la AV deberá ser mayor al 95% y el CV deberá ser menor de 10° e inferior al 90%; es decir, que su visión es 1/10 o peor, en ambos ojos. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Oftalmólogo) con los estudios entre gabinete, imagenológico o estudios especializados que sean positivos:

- Campos visuales
- Potenciales evocados
- Estudios de retina
- Agudeza visual

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

El periodo de espera es de 90 días.

b) Pérdida total de la audición

La pérdida permanente e irreversible de la audición de ambos oídos al grado de que ésta sea mayor a 90 decibeles en todas las frecuencias en el oído que esté mejor, usando un audiograma. El primer diagnóstico definitivo debe ser realizado por el Médico Especialista (Otorrinolaringólogo, Otoneurólogo o Audiólogo) e ir acompañado de los estudios audiométricos o de los potenciales evocados correspondientes.

El periodo de espera es de 90 días.

c) Parálisis total y permanente de al menos dos extremidades

Es la pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades debido a parálisis causada por enfermedad o traumatismo (paraplejía, hemiplejía o cuadraplejía). El primer diagnóstico definitivo debe ser realizado por el Médico Especialista (Neurólogo, Médico Internista u Ortopedista) e ir acompañado por lo menos de tres estudios de laboratorio y gabinete que lo comprueben:

- Electromiografía
- Potenciales evocados
- Tomografía axial computarizada
- Resonancia nuclear magnética
- Estudios radiológicos convencionales

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Paraplejía, hemiplejía o cuadraplejía incompletas, paraparesia, hemiparesia o cuadriparesia, hemiplejía cortical.

Sección 6. Afectaciones del aparato genitourinario

a) Lesiones por virus del Papiloma Humano

Los virus del papiloma humano (VPH) establecen infecciones del epitelio de la piel y mucosas de humanos.

Las lesiones por VPH amparadas son:

- Verrugas genitales
- Lesiones virales en el cuello uterino
- Papilomatosis respiratorias (incluidas las laríngeas)

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Ginecólogo, Urólogo, Colposcopista u Otorrinolaringólogo) acompañado de al menos tres estudios entre gabinete, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Examen de citología exfoliativa vaginal
- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Pruebas moleculares como la captura de híbridos
- PCR

El periodo de espera es de 180 días.

Exclusiones:

Verrugas cutáneas (verrugas comunes, verrugas plantares, verrugas subungueales o periungueales y verrugas planas), cualquier procedimiento o técnica quirúrgica

y el tratamiento por láser, cuando no se cuenten con tres evidencias diagnósticas, cualquier diagnóstico o tratamiento con el criterio médico de ver y tratar sin los estudios previos confirmatorios referidos con anterioridad.

b) Tumor benigno de la mama

Se define como tumor benigno toda neoformación que origina efecto masa y que presenta exclusivamente crecimiento local sin infiltración de tejidos vecinos ni capacidad de enviar metástasis ganglionares y/o a distancia. Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Ginecólogo, oncólogo o patólogo) presentando el resultado histopatológico del tumor acompañado de al menos tres estudios entre gabinete, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Ultrasonografía mamaria
- Mamografía
- Biopsia
- Tomografía axial computarizada
- Marcadores tumorales

Los tumores benignos de la mama amparados son:

- Tumor Phyllodes benigno o fibroadenoma intracanalicular celular
- Hamartoma o fibroadenolipoma
- Tumores mesenquimales puros:
 - histiocitoma
 - angioma
 - leiomioma
 - tumor de células granulares
 - fibromatosis
- Tumores de los anexos cutáneos
- Ectasia ductal

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Fibroadenoma, Lipoma, Adenoma de mama o de pezón, Quiste simple y Galactocele, falsos tumores, así como cualquier otro no mencionado como amparado.

c) Tumor benigno del ovario

Se define como tumor benigno toda neoformación que origina efecto masa, y que presenta exclusivamente crecimiento local sin infiltración de tejidos vecinos ni capacidad de enviar metástasis ganglionares y/o a distancia.

Los tumores ováricos de bajo potencial maligno o borderline (BPM), son tumores epiteliales de este órgano que tienen comportamiento biológico intermedio entre las lesiones benignas y el carcinoma invasor del ovario. Son neoplasias que presentan una mayor proliferación epitelial que los tumores benignos, pero sin invasión destructiva del estroma.

Para que la indemnización proceda es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Ginecólogo, Oncólogo o Patólogo) presentando el resultado histopatológico del tumor acompañado de al menos tres estudios entre gabinete, imagenológico o estudios de laboratorio que sean positivos:

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

- Ultrasonografía pélvica
- Pielografía
- Cuidoscopia
- Colon por enema de bario y/o colonoscopia
- Tomografía axial computarizada
- Laparotomía o laparoscopia

Los tumores benignos del ovario que serán amparados son:

Tumores derivados del epitelio celómico

- Cistadenoma seroso con dimensiones mayores a 10 cm
- Cistadenoma mucinoso con dimensiones mayores a 10 cm
- Endometrioma
- Tumores sólidos
- Tumores derivados de las células germinales
- Teratomas (quistes dermoides)
- Tumores derivados del estroma gonadal
- Tumores de células de la teca (tecomas)

El periodo de espera es de 90 días.

Exclusiones:

Tumores no neoplásicos

Quistes de inclusión germinal, quistes foliculares, quiste del cuerpo lúteo, quistes luteínicos de la teca, leiomiomas uterinos e intraligamentarios, carcinoma de la trompa, carcinoma de colon y apéndice, hidro o piosálpinx, diverticulitis, absceso apendicular, quiste retroperitoneal, quiste del paraovario, riñón pélvico, quiste del uraco, meningocele sacro anterior, vejiga llena, embarazo ectópico tubario o abdominal y cualquier otro que no esté mencionado como amparado.

Sección 7. Hospitalización

a) Coberturas

Apoyo para gastos de hospitalización por accidente

Si a consecuencia de un accidente amparado, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Institución pagará la suma asegurada estipulada en la carátula para esta sección, aplicando el periodo de carencia estipulado para esta sección.

Apoyo para gastos de hospitalización por enfermedad

Si a consecuencia de una enfermedad amparada, el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico y es internado en un hospital durante la vigencia del contrato de seguro, siempre que la estancia en dicho hospital sea justificada médicamente, la Institución pagará la suma asegurada estipulada en la carátula para esta sección, aplicando el periodo de carencia estipulado para esta sección.

Este beneficio operará a partir del periodo de espera establecido en esta cobertura.

b) Cláusulas

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización, siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para esta sección, la Institución pagará la suma asegurada a los Beneficiarios del Asegurado.

Periodo de carencia

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento médico, la Institución aplicará un periodo de carencia de 48 horas de estancia hospitalaria continua por cada enfermedad o accidente amparado, es decir, quedarán excluidas las primeras 48 horas de hospitalización para esta sección.

Dicho periodo de carencia opera por secuencia de horas continuas, considerando las recaídas como un mismo evento.

En caso de que el Asegurado requiera hospitalización por tratamiento quirúrgico, se aplicará un periodo de carencia de 24 horas de estancia hospitalaria continua para el pago de la suma asegurada.

Periodo de espera

Se entenderá como el lapso de tiempo ininterrumpido que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, el cual será de 90 días naturales. Si dentro de este periodo de espera el Asegurado requiriera hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de alguna enfermedad amparada, la cobertura no opera y en consecuencia la suma asegurada contratada no será otorgada. Este periodo de espera será aplicable únicamente durante el primer año de vigencia que se encuentre vigente la Póliza. En caso de hospitalización como consecuencia de algún accidente amparado, no se aplicará dicho periodo de espera. Periodo máximo de beneficio

El número máximo de padecimientos a cubrir para Asegurado en esta sección, serán dos por cada año de vigencia de la Póliza.

Entre cada atención médica hospitalaria como consecuencia de una enfermedad amparada deberán transcurrir al menos 90 días naturales, siempre y cuando no tenga relación con el padecimiento previo.

Reinstalación de suma asegurada

La suma asegurada para esta sección se reinstalará automáticamente cada año, al momento de la renovación de la Póliza bajo los mismos términos contratados inicialmente. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos amparados con periodo de espera

Si el Asegurado resulta afectado por alguno de los siguientes padecimientos y requiere de hospitalización por tratamiento médico o quirúrgico, la suma asegurada será otorgada, siempre y cuando transcurran dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- Amígdalas, adenoides, columna vertebral, vesícula biliar, colon y recto, aparato reproductor femenino y piso pélvico, mama, próstata, hernias, eventraciones o litiasis.

Exclusiones de esta sección

Se excluye la hospitalización por tratamiento médico y/o quirúrgico a consecuencia de:

- a) Lesiones o enfermedades causadas por un intento de suicidio o autoinfligidas intencionalmente, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- b) Enfermedades mentales, nerviosas o seniles, tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés, bulimia, anorexia, estados de depresión psíquico nervioso o Alzheimer.**
- c) Embarazo, parto, cesárea o aborto.**
- d) Control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente, excepto el virus de papiloma humano.**
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier enfermedad, tratamiento o infección relacionado con y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cualquiera de sus complicaciones.**

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.
- g) Tratamientos o cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- h) Diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de calvicie, obesidad, reducción de peso.
- i) Consumo, diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, excepto Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC y Enfisema pulmonar.
- j) Tratamientos relacionados con diálisis.
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, presbicia o hipermetropía.
- l) Padecimientos de nariz y senos paranasales.
- m) Tratamientos ambulatorios.
- n) Atención médica en el servicio de urgencias del hospital.
- o) Accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades peligrosas o trabajos riesgosos, tales como:
 - 1. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica y espeleología.
 - 2. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia.
 - 3. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.
 - 4. 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.

IV. EXCLUSIONES GENÉRICAS

Este seguro no ampara y por consiguiente la indemnización no será pagada como consecuencia de:

- 1. Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este contrato de seguro, excepto en la Sección 7.
- 2. Cualquier accidente y todo padecimiento que sea consecuencia directa del mismo, excepto si se tratara de un accidente cerebrovascular, excepto en la Sección 7.
- 3. Enfermedades preexistentes o aquellas que ocurran durante el periodo de espera establecido en las presentes condiciones generales.
- 4. Enfermedades que aun cuando estén cubiertas, el diagnóstico no vaya acompañado de las pruebas mencionadas, para cada una de las enfermedades, en la cláusula III.
- 5. Lesiones o enfermedades como resultado de o mientras se participa como sujeto activo en la comisión de un delito.
- 6. Enfermedades congénitas.
- 7. Diagnósticos por enfermedades cubiertas posteriores al Primer Diagnóstico definitivo.

8. **Diagnósticos definitivos por enfermedades cubiertas por las cuales se hubiera recibido atención médica o un servicio previamente al inicio de la vigencia de la Póliza o durante el periodo de espera.**
9. **Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico presuntivo realizado por una persona que no sea un Médico Especialista en la enfermedad o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado sin importar si la persona es un Médico Especialista.**
10. **Uso de drogas, alcohol o sustancias psicotrópicas.**
11. **Cualquier pérdida resultante de guerra (convencional, química y/o nuclear), invasión, acciones navales hostiles, fuerzas aéreas o fuerzas armadas militares de cualquier país (sea guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, usurpación de poder, terrorismo, bioterrorismo, terrorismo por armas químicas, armas de destrucción masiva, disturbios o conmoción civil o que el Asegurado tome parte en operaciones navales, aéreas o militares.**
12. **Radiación nuclear y/o atómica de cualquier naturaleza. Así como toda pérdida resultante de incidentes nucleares o riesgos nucleares incluyendo, entre otros, ataques nucleares, accidentes nucleares, desastres nucleares, contaminación radiactiva y/o liberación de energía nuclear o atómica.**

V. DISMINUCIÓN DE SECCIONES

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario designado, presente una reclamación por un padecimiento cubierto, la Institución pagará, en caso de procedencia, la indemnización del padecimiento cubierto una sola vez durante la vigencia del contrato de seguro, quedando sin efecto la Sección correspondiente para el resto de las enfermedades de dicha Sección, excepto la Sección 7.

VI. PRIMAS

1. 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.

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 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.

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.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

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. 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 hrs. 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.

VII. VIGENCIA

1. Inicio de vigencia

Las coberturas especificadas en la carátula de la Póliza inician a partir de la 12:00 hrs. 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 que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación sea de un año.

VIII. GENERALIDADES

1. Edad

a) 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.

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

1. 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;
2. 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;
3. 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, y
4. 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. Para los cálculos que exige la presente Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

b) Edad Límite de Aceptación

La edad límite de aceptación para la contratación inicial es de 64 años y de 69 para renovación.

c) Edad Fuera de Límite

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, 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, y en este caso se devolverá al Asegurado la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado a la fecha de su rescisión.

2. 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.

3. 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, 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.

4. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida
- En dos años, en los demás casos

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 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**).

6. 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.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

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.

7. 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 podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

8. Disputabilidad

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme al cuestionario contenido en la solicitud base de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los **artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación, el Asegurado presentara cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la Institución para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

9. 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**).

10. 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 **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 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

11. 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.

12. 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. 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, mediante 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) 1102 0038 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 cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana

13. 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, 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%

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%

IX. 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.

La Institución tendrá el 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 del mismo. 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 de la Enfermedad que dio origen a la reclamación, o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad 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 11. Competencia, cláusula VIII.

3. Pago

Toda indemnización será pagada al Asegurado o Beneficiario designado, según corresponda y de conformidad con la definición del numeral 16. Periodo de espera, cláusula I.

X. TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. Disposiciones previas

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en esta cláusula, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- a) 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.
- b) Prestador de Servicios: Empresa contratada por la Institución para proveer los Servicios de Asistencia.
- c) Representante: Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice gestión alguna para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.
- d) Residencia Permanente: El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado que conste en la carátula de la Póliza o cualquier otro domicilio que sea probado por medios razonables.
- e) Servicios de Asistencia: Los Servicios Asistenciales que gestiona el Prestador de Servicios a los Asegurados en los términos de este Capítulo, para los casos de Situación de Asistencia de un Asegurado.
- f) 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.

2. Servicio de asistencia médica

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados por la Institución a través del Prestador de Servicios en los Estados Unidos Mexicanos, durante las 24 horas de los 365 días del año, a petición del Asegurado.

a) 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

1. 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.

El Asegurado pagará la cuota de \$150 pesos m.n. en cada visita domiciliaria directamente al médico que esté proporcionando el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria, quedando los excedentes por cuenta del Prestador de Servicios. Sin límite de eventos.

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

1. 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.

2. Envío de ambulancia terrestre

Si el Asegurado a causa de Enfermedad o Accidente que le provoquen lesiones o traumatismos que en la opinión del Equipo Médico del Prestador de Servicios, recomienden 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 a 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.

3. Referencia de laboratorios clínicos

Cuando un Asegurado necesite estudios de laboratorio como Biometría Hemática, Química Sanguínea,

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

VDRL, VIH, Antígeno prostático, etc., el Equipo Médico de 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 el 10% al 50%.

4. 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 de 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 el 10% al 50%.

5. Referencia dental

Cuando un Asegurado necesite Asistencia Dental, el Equipo Médico del Prestador de Servicios, aconsejará al Asegurado sobre cuáles son las medidas que se deban tomar. El Equipo Médico de Prestador de Servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Asegurado y a cargo del mismo, 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 el 25% hasta el 40%.

6. Paciente plus

El Prestador de Servicios ofrece descuentos en Medicamentos a domicilio para Asegurados con padecimientos congénitos o enfermedades crónicas degenerativas. Este beneficio será proporcionado en la zona metropolitana y en las principales ciudades de la república mexicana.

7. Referencia de ópticas

El Prestador de Servicios ofrece costos preferenciales y descuentos con ópticas de reconocido prestigio (Devlyn).

8. 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 pesos m.n. por 8 horas de atención domiciliaria, dependiendo del lugar, al momento que finalice el turno acordado.

c) 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

1. 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.

3. Obligaciones del Asegurado

a) 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 alarma del Prestador de Servicios desde toda la república mexicana (55) 5448 6867 o a los nuevos números que se llegasen a informar, facilitando los datos siguientes:

1. 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.
2. Su nombre y su número de Póliza.
3. 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 obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

b) 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 deberá facilitar:

1. El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Asegurado esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
2. 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 atiende al Asegurado. El Equipo Médico de 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 de Prestador de Servicios decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

c) Normas generales

1. Mitigación. El Asegurado deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las Situaciones de Asistencia se agraven.
2. Cooperación con el Prestador de Servicios. 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, ayudar al Prestador de Servicios y con cargo al Prestador de Servicios, a cumplimentar las formalidades necesarias.
3. 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 estipulado en esta cláusula, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.
4. Subrogación. El Prestador de Servicios quedará subrogado, hasta el límite de los 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.

4. Exclusiones

- a) Las Situaciones de Asistencia ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza-contrato.**
- b) Los Asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el Prestador de Servicios.**
- c) Cualquier tipo de gasto médico, hospitalario y farmacéutico.**
- d) Los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- e) También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

1. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radiactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
2. Autolesiones o participación del Asegurado como sujeto activo en actos criminales.
3. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
4. La práctica de deportes como profesional, la participación en competencias oficiales y en exhibiciones.
5. La participación del Asegurado como conductor o competidor en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.
6. Los causados por mala fe del Asegurado.
7. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radiactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
8. 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.
9. Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.
10. 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.
11. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
12. 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.
13. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
14. Enfermedades, Accidentes o estados patológicos 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.
15. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
16. La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
17. 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.

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvassegurosalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvassegurosalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvassegurosalud.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 11 de mayo de 2011, con el número CNSF-H0704-0014-2011 y del día 11 de septiembre de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000465-02”.

CONDICIONES GENERALES

Salud Asegurada Plus

Unidad Especial de Atención de Usuarios (UNE)

Vía correo electrónico 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, 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)

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 0038 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 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 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 obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvasseguros.com.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. Al teléfono (55) 1102 0038 desde toda la república mexicana o escribe a atencionbbvasseguros@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 el correo uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvasseguros.com.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 desde toda la república mexicana:

800 32 SALUD
800 32 72583

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