



Seguros Salud

Seguro Médico Patrimonial

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES _____ 3

II. CONTRATO DEL SEGURO _____ 7

III. COBERTURAS _____ 7

IV. ASISTENCIA MÉDICA _____ 24

V. EXCLUSIONES GENERALES _____ 24

VI. INDEMNIZACIONES _____ 26

VII. CLÁUSULAS _____ 28

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO _____ 34

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

“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 22 de agosto de 2016, con el número CCNSF-H0704-0034-2016 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000469-02”.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

Contrato del seguro que celebran por una parte "BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer", en lo sucesivo "la Institución"; y por otra parte, "el Contratante", el cual se indica en la carátula de la Póliza, mediante el cual, la primera se obliga a indemnizar la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza por cada evento amparado; y la segunda se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas:

I. DEFINICIONES

a) Participantes

1. Institución

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

2. Contratante

Persona física o moral que propone y solicita el seguro, y es responsable ante la Institución de la contratación y pago de la prima del seguro, así como de solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

3. Asegurado titular

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

4. Asegurados

Asegurado titular y dependientes económicos que a petición del Contratante han sido incluidos en la Póliza.

5. Dependientes económicos

Podrán ser dependientes económicos del Asegurado titular en esta Póliza:

- Su cónyuge, entendiéndose como tal la persona con quien el Asegurado titular haya contraído matrimonio, o su concubina o concubinario, o la persona con quien viva en sociedad de convivencia,
- Los hijos del Asegurado titular y/o de su cónyuge hasta los 25 años, de acuerdo con la política de suscripción de la Institución, o
- El padre y/o la madre del Asegurado titular, y/o de su cónyuge, de acuerdo con la política de suscripción de la Institución

b) Elementos del contrato

1. Contrato del seguro

Es el documento mediante el cual la Institución está obligada, mediante el pago de una prima, a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

2. Endoso y/o condiciones especiales

Es el documento, generado por la Institución y recibido por el Contratante que, al adicionarse a las Condiciones Generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado en el endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contra ponga.

3. Prima

Es la contraprestación económica, prevista en la Póliza a cargo del Contratante, a favor de la Institución, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según establezca la carátula de la Póliza en el apartado que dice forma de pago de la prima.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

4. 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.

c) Prestadores

1. Médico

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

2. Médico Especialista

Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente, para ejercer la medicina de su especialidad en la república mexicana o en el país donde ejerce su profesión al alcance de su licencia.

3. Cirujano

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

4. Hospital

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud o equivalente en el país donde se realizó la cirugía, de carácter público o privado para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

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

d) Coberturas

1. Accidente

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

2. Diagnóstico

Conclusión del estado de salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, y el expediente clínico.

3. Enfermedad o padecimiento

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

4. 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.

5. 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 elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Quando 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 documentalente, 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 halla sometido al examen médico al que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Con independencia de lo establecido en Cláusula VI. 5. Indemnizaciones, cuando a juicio de la Institución se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar por acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Institución, a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro, deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

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

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

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

6. Cirugía o acto quirúrgico amparado

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente

7. Tiempo quirúrgico

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

8. Evento

Hospitalización, diagnóstico de una enfermedad o acto quirúrgico realizado al Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos.

9. Hospitalización

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

10. Médico especialista

Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o equivalente, para ejercer la medicina de su especialidad en la república mexicana o en el país donde ejerce su profesión al alcance de su licencia.

11. Médico tratante

Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado como médico cirujano, que proporciona atención médica profesional al Asegurado.

12. Periodo de espera

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

13. Suma asegurada

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

14. Primer diagnóstico

Se entiende como el Diagnóstico que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de alguno de los padecimientos cubiertos.

e) Reclamaciones

1. Indemnización

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

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

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

II. CONTRATO DEL SEGURO

La presente Póliza conformada por la solicitud de seguro, las pruebas y requisitos de asegurabilidad, los cuestionarios para riesgos especiales, la carátula y las condiciones generales de la Póliza, los endosos, las condiciones especiales agregadas a la misma, los recibos de pago o las facturas electrónicas que lo comprueban y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

III. COBERTURAS

a) Primer diagnóstico

Si durante la vigencia de la Póliza al Asegurado se le realiza el Primer diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas en este apartado durante la vigencia del Contrato de seguro, la Institución le pagará la suma asegurada contratada para el beneficio de Primer diagnóstico estipulado en la carátula de la Póliza. La Institución le pagará al Asegurado la indemnización correspondiente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que al Asegurado se le diagnostique por primera vez alguna de las enfermedades cubiertas después del periodo de espera establecido

Se cubrirán las enfermedades detalladas siempre y cuando sus primeras manifestaciones, servicios recibidos o el Primer diagnóstico se presente después de los primeros 90 días naturales de vigencia, correspondientes al Periodo de espera.

El pago a realizar por la Institución será por una sola ocasión para enfermedad. Una vez liquidada la suma asegurada de una enfermedad, se aplicará un periodo de espera de 90 días para volver a aplicar la indemnización de alguna otra.

La cobertura básica es el Primer diagnóstico de Cáncer, el resto son opcionales y estarán sujetas a contratación.

1. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas, 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) e ir acompañado del informe médico y del estudio histopatológico.

Exclusiones particulares de cáncer:

a) Cáncer in situ.

b) Displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados pre-malignos (por histología).

c) Cáncer de piel basocelular o carcinoma de células basales, espinocelular o carcinoma de células escamosas, linfoma cutáneo, dermatofibrosarcoma o histiosarcoma maligno y carcinoma de Merkel.

- Cáncer de próstata en etapa T1 del sistema “tumor, ganglios linfáticos, metástasis” (TNM).

d) 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 del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

2. Apendicitis

Es la inflamación aguda del apéndice cecal, 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 Internista) e ir acompañado del informe médico y estudios realizados que sustenten el diagnóstico, así como del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en donde se demuestre la inflamación aguda y/o necrosis y/o perforación de la pared del apéndice.

3. 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 (Reumatólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico, presentando el Índice de la Enfermedad de Artritis Reumatoide (DAS28) del Asegurado con un valor mayor o igual a 6.32 y acompañado, por lo menos, de tres estudios entre gabinete radiológico y/o 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

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

4. Asma

Es una enfermedad caracterizada por una inflamación crónica de la vía aérea, cuyas manifestaciones clínicas son heterogéneas y variables en el tiempo, consisten en sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Neumólogo, Alergólogo u Otorrinolaringólogo) e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Pruebas de función pulmonar
- Pruebas de alergia
- Exámenes de sangre
- Radiografía del torax y senos paranasales

Exclusiones particulares del asma:

a) Bronquitis asmátiforme

b) Bronquitis crónica

c) Enfisema pulmonar

d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

5. **Cardiopatía congénita**

Es la alteración del corazón y los grandes vasos que se originan antes del nacimiento.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Pediatra, Cardiólogo o Neonatólogo) e ir acompañado del informe médico, y se debe presentar un electrocardiograma.

Exclusiones particulares de cardiopatía congénita:

a) Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico (SCIH)

a) Comunicación interventricular (CIV)

6. **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, Internista o Reumatólogo) e ir acompañado del informe médico y de tres estudios entre gabinete radiológico, y/o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Estudios de eco-cardiografía
- Algunos que demuestren las lesiones de las válvulas cardíacas

7. **Diabetes gestacional**

Es la diabetes diagnosticada e inducida por el estado metabólico en la etapa gestacional; es decir, que tanto sus manifestaciones clínicas como su diagnóstico, sea dentro la mencionada etapa gestacional.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo se realice conforme a la Norma Oficial Mexicana:

- a) Análisis de orina: glucosa y cuerpos cetónicos en la orina
- b) Examen de sangre para el diagnóstico:
 - La glucosa en sangre en ayunas deber ser de 126 mg/dl o más en dos ocasiones
 - La glucosa aleatoria (sin ayunar) en la sangre excede los 200 mg/dl y el paciente tiene síntomas como aumento de la sed, de la micción y fatiga (esto se debe confirmar con examen en ayunas)
 - El examen de insulina (nivel bajo o indetectable de insulina)
 - Niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor a 6.5.cada 3 a 6 meses

Exclusiones particulares de la diabetes gestacional:

a) Diabetes previas al embarazo

b) Síndrome metabólico

c) Resistencia a la insulina

d) Intolerancia a la glucosa

e) Diabetes mellitus tipo I

f) Diabetes mellitus tipo II

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

8. Diabetes tipo I

Es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas, causando una deficiencia absoluta de insulina.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo se realice conforme a la Norma Oficial Mexicana:

- a) Análisis de orina: glucosa y cuerpos cetónicos en la orina
- b) Examen de sangre para el diagnóstico:
 - La glucosa en sangre en ayunas deber ser de 126 mg/dl o más en dos ocasiones
 - La glucosa aleatoria (sin ayunar) en la sangre excede los 200 mg/dl y el paciente tiene síntomas como aumento de la sed, de la micción y fatiga (esto se debe confirmar con examen en ayunas)
 - El examen de insulina (nivel bajo o indetectable de insulina)
 - Niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor a 6 cada 3 a 6 meses

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

Exclusiones particulares de la diabetes tipo I:

- a) Síndrome metabólico
- b) Resistencia a la insulina
- c) Intolerancia a la glucosa
- d) Diabetes gestacional
- e) Diabetes mellitus tipo II

9. Distrofia muscular

Es una miopatía de origen genético que produce destrucción de las células del músculo estriado.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Neurólogo, Cardiólogo ó Pediatra) e ir acompañado del informe médico y de alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Cuantificación de la Fosfocreatina Kinasa (CPK)
- Electromiografía (EMG)
- Biopsia muscular
- Inmunohistoquímica

10. Eclampsia

Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo, presenta convulsiones durante el embarazo, parto o en las primeras horas del puerperio, sin tener relación con afecciones neurológicas.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista o Ginecobstetra), presentando los siguientes criterios:

- Aumento de 30 milímetros de mercurio (mmHg) en la presión sistólica
- Aumento de 15 milímetros de mercurio (mmHg) en la presión diastólica
- Presencia de proteinuria, edema o ambos
- Crisis convulsivas

Exclusiones particulares de eclampsia:**a) Síndrome de Hellp****b) Preclampsia****10. Embolia pulmonar**

Es un padecimiento desencadenado por la obstrucción de la arteria pulmonar y por causa de un trombo.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista o Neumólogo) e ir acompañado del informe médico, y se deben presentar alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Gasometría arterial
- Oximetría del pulso
- Radiografía de tórax
- Angiografía del tórax por tomografía computarizada
- Gammagrafía de ventilación/perfusión pulmonar, también llamada gammagrafía V/Q
- Angiografía pulmonar

11. Enfermedad de Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro del conocimiento y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por la muerte de las células nerviosas (neuronas) y cuando se atrofian diferentes zonas del cerebro.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Neurólogo o Psiquiatra) e ir acompañado del informe médico, presentar los criterios del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía comunicativas y la Asociación de Enfermedades y Trastornos Relacionados de Alzheimer (NINCDS-ADRDA), y de alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética nuclear (RMN)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Tomografía computarizada por emisión de fotón único

Exclusiones particulares de Alzheimer:**a) Demencia (de cualquier tipo)****12. 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, Internista o Geriatra) e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten los siguientes criterios y sustenten el diagnóstico:

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

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 entrecimiento de los movimientos verticales de los ojos
- Síntomas severos de disautonomía no relacionadas a medicamentos
- Los síntomas han estado presentes por al menos 3 años y ninguna de las características del grupo B están presentes al día

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

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

14. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

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

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista o Neumólogo) e ir acompañado del informe médico y de los siguientes estudios:

- Espirometría forzada
El resultado de la espirometría deberá presentar como mínimo el grado IV (muy severo) de la función pulmonar: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) < 30%, o < 50% del predicho con presencia de insuficiencia respiratoria (PaO2 < 60 mmHg) y/o presencia de Cor pulmonale
- Radiografía de tórax postero-anterior y lateral
- Tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar
- Gasometría arterial

15. 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 (Internista o Neumólogo) e ir acompañado del informe médico, presentando la espirometría del A asegurado, e ir acompañado por lo menos de tres estudios entre gabinete radiológico y estudios de laboratorio que demuestren las lesiones de los alvéolos pulmonares.

16. Esclerosis múltiple

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 (Internista o Neurólogo) e ir acompañado del informe médico

y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Estudios de conductividad nerviosa de los nervios ópticos, sensoriales y motores
- Electromiografía
- Imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM)
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Banda oligoclonal de inmunoglobulina G (IgG) en líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Índice antígeno inmunoglobulina G (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.

17. Evento vascular cerebral

Significa la obstrucción y/o ruptura vascular aguda de la circulación sanguínea causada por la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intracerebral, el infarto cerebral que genera daños neurológicos permanente (alteración del habla, pérdida de la actividad o parálisis).

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo) e ir acompañado por el informe médico y alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Imagen de resonancia magnética (IRM)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Arteriografía cerebral
- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT)
- Examen del líquido cefalorraquídeo

18. Fibrosis quística

Es una enfermedad de herencia autosómica que afecta principalmente a los pulmones, páncreas, hígado, intestino y riñones. Es uno de los tipos de enfermedad crónica.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Médico Internista, Neumólogo o Pediatra) e ir acompañado del informe médico y al menos de dos estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Ultrasonido
- Prueba de electrolitos en el sudor
- Prueba de la diferencia de potencial eléctrico nasal
- Prueba del tripsinógeno inmunoreactivo
- Reguladora de conductancia de transmembrana de la fibrosis quística (CFTR)

19. 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) e ir acompañado del informe

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

médico y de al menos seis estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- 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
- Examen de nitrógeno ureico en la sangre (BUN)
- Componente 3 y 4 del complemento
- Niveles de complemento
- Tomografía computarizada del abdomen y fosas renales
- Ecografía abdominal

20. Hepatitis B

Es un proceso inflamatorio crónico del tejido hepático productor de insuficiencia hepática crónica, causado por el Virus de la Hepatitis B (VHB).

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Infectólogo, Gastroenterólogo o Hepatólogo) e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Determinación del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg)
- Determinación de la carga viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativo
- Determinación de las transaminasas glutámico pirúvica (TGP), glutámico oxalacética (TGO), alfa-glutamyltranspeptidasa o alfa-glutamyltransferasa (GGT)
- Determinación de fosfatasas alcalina (FE)
- Determinación de lactato deshidrogenasa (LDH)
- Genotipo de la hepatitis B
- Determinación del ácido ribonucleico (ARN) para hepatitis B
- Nivel de albúmina
- Tiempo de protrombina
- Biopsia del hígado

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

Exclusiones particulares de la hepatitis B:

a) Otros tipos de hepatitis o alteraciones que produzcan insuficiencia hepática.

21. 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 (Internista, Infectólogo, Gastroenterólogo o Hepatólogo) e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Determinación del antígeno de superficie de la hepatitis C (HCsAg)
- Determinación de la carga viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativo
- Determinación de las transaminasas glutámico pirúvica (TGP), glutámico oxalacética (TGO), alfa-glutamyltranspeptidasa o alfa-glutamyltransferasa (GGT)
- Determinación de fosfatasas alcalina (FE)
- Determinación de lactato deshidrogenasa (LDH)
- Genotipo de la hepatitis C
- Determinación del ácido ribonucleico (ARN) para hepatitis C
- Nivel de albúmina
- Tiempo de protrombina
- Biopsia del hígado

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

**Exclusiones particulares de la hepatitis C:
Otros tipos de hepatitis o alteraciones que produzcan Insuficiencia Hepática.****22. Herpes zóster**

Es una enfermedad producida por una reactivación del virus latente varicela-zóster (VVZ), que afecta a los nervios periféricos.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Infectólogo o Pediatra) e ir acompañado del informe médico y de los siguientes estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Citodiagnóstico (prueba de Tzanck)
- Identificación del antígeno por inmunoelectroforesis e inmunofluorescencia

Exclusiones particulares del herpes zóster:**a) Otros tipos de hepatitis o alteraciones que produzcan insuficiencia hepática.****23. Infarto al miocardio**

La muerte (necrosis) de una parte del músculo cardíaco a consecuencia de suministro sanguíneo insuficiente corroborado.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista e ir acompañado del informe médico y por lo menos de dos de los siguientes criterios que sustenten el diagnóstico:

- a) Dolor del pecho típico (opresivo; intenso; irradiado al cuello, a los brazos; de predominio del lado izquierdo; durante un tiempo mayor a 30 minutos).

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

- b) Aparición de cambios en el electrocardiograma (elevación del segmento ST-T, inversión de la onda T y aparición de ondas Q patológicas).
- c) Elevación de enzimas cardíacas, incluyendo un examen de Creatina-Fosfoquinasa en el corazón (CPK-MB o CPK-2) y Troponinas, con por lo menos el doble del valor considerado normal.

24. Insuficiencia renal crónica

La falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones, en la fase en la que se hace necesaria la diálisis renal 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 Internista o Nefrólogo) e ir acompañado del informe médico y de estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Análisis de orina
- Depuración de creatinina
- Proteinuria total
- Creatinina en orina
- Albúmina
- Examen de nitrógeno ureico en la sangre (BUN)
- Ecografía abdominal

Además de que el Asegurado deberá estar en tratamiento con diálisis, hemodiálisis o en el programa de trasplante de órganos conforme a la Norma Oficial Mexicana.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

25. Lupus eritematoso sistémico

Es una enfermedad inflamatoria, autoinmunitaria que afecta la respuesta inmunológica o de defensa del organismo, 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) e ir acompañado del informe médico y 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 de lupus eritematoso (LE) positivas
- Anticuerpos: anti-desoxirribonucleico, anti-nucleares, anti-ribonucleico, antifosfolipídicos y anti-Smith
- Resultado positivo para anticoagulante lúpico
- Falso positivo en pruebas serológicas de sífilis (VDRL)

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

26. Meningitis

Es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Neurólogo, en Medicina Crítica o Terapia Intensiva) e ir acompañado del informe médico y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Punción lumbar (citoquímico, citológico, serológico y cultivo del líquido cefalorraquídeo - LCR)
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Exclusiones particulares de meningitis:**a) Tumores meningeos o cerebrales****27. Miastenia gravis**

Es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos (los voluntarios) del cuerpo. La denominada "debilidad muscular grave".

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

- Pruebas electrofisiológicas
- Anticuerpos contra receptores de acetilcolina (ACRA o AchR)
- Estudios radiológicos
- Prueba de edrofonium, electromiograma con estimulación repetitiva del nervio

Exclusiones particulares de miastenia gravis:**a) Tumores del timo****28. Pancreatitis aguda**

Es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, desencadenado por la activación inapropiada de los enzimas pancreáticos, con lesión tisular y respuesta inflamatoria local, respuesta inflamatoria, así como compromiso tejido u órganos distantes.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Gastroenterólogo, Medicina Crítica o Terapia Intensiva) e ir acompañado del informe médico y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Biometría hemática con leucocitosis $>16.000/mm^3$
- Hiperglicemia >200 mg/dL
- Deshidrogenasa láctica (LDH) >400 UI/L
- Transaminasa glutámico oxalacética (GOT) >250 UI/L
- Disminución del hematocrito $>10\%$
- Déficit de líquidos $> 4L$

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

- Calcio <8 mg/dL
- Presión parcial del oxígeno (PO2) <60 mmHg
- Aumento del nitrógeno ureico en sangre (BUN) >5mg/dL
- Albúmina < 3,2 g/dL
- Ultrasonido abdominal
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Exclusiones particulares de pancreatitis aguda:

a) Pancreatitis crónica

29. Pérdida de extremidades

Es la pérdida total e irreversible física o de la funcionalidad de dos o más extremidades debido a la parálisis causada por enfermedad o traumatismo (paraplejía, hemiplejía o cuadriplejía).

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Neurólogo, Internista u Ortopedista) e ir acompañado del informe médico y por lo menos de tres estudios de laboratorio y gabinete que lo comprueben:

- Electromiografía
- Potenciales evocados
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)
- Estudios radiológicos convencionales

30. Pérdida 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.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado y realizado por el Médico Especialista (Otorrinolaringólogo, Otoneurologo o Audiólogo) e ir acompañado del informe médico y de los estudios audiométricos o de los potenciales evocados correspondientes que sustenten el diagnóstico.

31. Pérdida de la vista

La pérdida permanente e irreversible de la agudeza visual (AV) y campo visual (CV), aún con el uso de apoyo visual (lentes o cirugía). El déficit o disminución de la AV deberá ser mayor al 95%, y del CV deberá ser menor de 10° e inferior al 90%.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado y realizado por el Médico Especialista (Oftalmólogo) e ir acompañado del informe médico y alguno de los estudios entre gabinete, imagenológicos o estudios especializados que sustenten el diagnóstico:

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

32. Síndrome de Hellp

Es una complicación del embarazo severa, esta condición aparece durante la última etapa del embarazo y en ocasiones, después del parto.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Internista, Ginecobstetra o Perinatólogo) e ir acompañado del informe médico y demostrar con los siguientes estudios de laboratorio y gabinete, la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia:

- Biometría hemática
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de función renal
- Electrolitos
- Estudios de coagulación
- Examen general de orina

Exclusiones particulares del síndrome de Hellp:

a) Eclampsia

33. Tuberculosis pulmonar

Es una infección por micobacterium tuberculosis que compromete principalmente los pulmones y otros órganos.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista (Infectólogo, Internista o Neumólogo) e ir acompañado del informe médico y por lo menos de tres de los siguientes estudios:

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

34. 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.

Los tumores benignos amparados son:

- a) Tumor phyllodes benigno o fibroadenoma intracanalicular celular
- b) Hamartoma o fibroadenolipoma
- c) Tumores mesenquimales puros:
 - Histiocitoma
 - Angioma
 - Leiomioma

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

- Tumor de células granulares
- Fibromatosis

d) Tumores de los anexos cutáneos

e) Papiloma intraductal

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

- Ultrasonografía mamaria
- Mamografía
- Biopsia
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Marcadores tumorales

35. 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.

Los tumores benignos del ovario que serán amparados son:

a) Tumores derivados del epitelio celómico

- Cistadenoma seroso con dimensiones mayores a 10 cm
- Cistadenoma mucinoso con dimensiones mayores a 10 cm
- Endometrioma
- Tumores sólidos

b) Tumores derivados de las células germinales

- Teratomas (quistes dermoides)

c) Tumores derivados del estroma gonadal

- Tumores de células de la teca (tecomas)

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

- Ultrasonografía pélvica
- Pielografía
- Culdoscopia
- Colon por enema de bario y/o colonoscopia

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Laparotomía o laparoscopia

36. Virus del papiloma-humano (lesiones)

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

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) e ir acompañado del informe médico y de al menos de tres estudios entre gabinete, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Examen de citología exfoliativa vaginal
- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Pruebas moleculares como la captura de híbridos
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 180 días.

b) Cirugías

1. Cirugía básica

En esta cobertura opcional, la Institución liquidará al Asegurado el importe de la suma asegurada correspondiente a la cirugía amparada realizada al Asegurado por un cirujano, siempre que la Póliza se encuentre vigente al momento de la cirugía respecto al Asegurado afectado.

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

Cirugías amparadas con periodo de espera

Para que una cirugía a causa de una enfermedad se considere cubierta, el periodo de espera será de noventa (90) días naturales.

Cada Asegurado tendrá un periodo de espera de dos años consecutivos para las cirugías a causa de enfermedades que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: amígdalas, adenoides, columna vertebral, vesícula biliar, colecistitis, cálculos biliares, hemorroides, fisura anal y prolapso rectal, fibrosomas, histerectomía, sangrado uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso vesical-cistocele, tumoración o nódulo en glándulas mamarias, hidrocele, varicocele, espermatocelo, crecimiento benigno de la próstata, rodilla, cálculos urinarios, cálculo en riñón, uretero, uretra, vejiga, hernias internas o de la pared abdominal, eventraciones espontáneas o postquirúrgicas, tiroidectomía por bocio multinodular o nódulo tiroideo, desviación del tabique nasal, sinusitis, válvulas del corazón y enfermedades de las arterias coronarias, accidente cerebrovascular.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

2. Hospitalización para cirugías

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

3. Pago adicional por cirugías de alto costo

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

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

Cirugía de corazón abierto

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

Trasplante de órganos mayores

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza al Asegurado en calidad de receptor del órgano trasplantado, amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas, siempre que ésta sea médicamente necesaria y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones particulares del trasplante de órganos mayores:

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

Cirugía de aneurisma cerebral

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa. La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización, será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones particulares de la cirugía de aneurisma cerebral:

Los procedimientos endovasculares.

Cirugía de injerto de piel

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el médico tratante que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o Cirujano Plástico Reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas

las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos) que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

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

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

Exclusiones particulares de la cirugía de injerto de piel: Las cirugías estéticas secundarias al injerto.

Extirpación de pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

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

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

Exclusiones particulares de la extirpación de pulmón: La biopsia pulmonar.

Extirpación del intestino grueso (hemicolectomía o colectomía total)

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total; esto es, Hemicolectomía o Colectomía total respectivamente y este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un Gastroenterólogo o Cirujano general o Cirujano de vías digestivas o Cirujano oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

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

Cirugía de columna cervical

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

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

Exclusiones particulares de la cirugía de columna cervical: Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral.

Cirugía radical de cáncer

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

- Mama (mastectomía)
- Próstata (prostatectomía) con cistectomía y vaciamiento ganglionar incluyendo cirugía radical de vejiga
- Útero (histerectomía) con salpingo-ooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor
- Estómago (gastrectomía)

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

- Laringe (laringectomía)
- Páncreas (pancreatectomía, operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago)

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

Exclusiones particulares de la cirugía radical de cáncer:

Se excluyen la(s) cirugía(s) radical(es) para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:

- a) Los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos potencial maligno, maligno bajo o no invasivo.**
- b) Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (tumor in situ Tis) o Ta por la séptima edición de la clasificación TNM (tumor módulo metástasis) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer).**

Cirugía cerebral

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

Exclusiones particulares de la cirugía cerebral:

Biopsia cerebral y cirugía de la hipófisis.

4. Reinstalación de la suma asegurada

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

IV. ASISTENCIA MÉDICA

Mediante la Asistencia Médica se otorgarán los siguientes servicios y beneficios para la atención de las enfermedades amparadas especificadas en el apartado III a) Primer diagnóstico y/o cirugías amparadas especificadas en el apartado III b) Cirugías:

- Asistencia y orientación médica telefónica
- Referencia telefónica de proveedores médicos
- Descuentos en proveedores médicos de red, como son: laboratorios y gabinetes, servicio de ambulancia, ópticas, hospitales, casas de ortopedia y farmacias
- Precios preferenciales en servicios otorgados por médicos generales, médicos especialistas y odontólogos
- Acceso a la aplicación móvil

V. EXCLUSIONES GENERALES

a) Para todas las coberturas, quedan excluidos:

- 1. Padecimientos o enfermedades preexistentes, incluyendo aquellas que ocurran durante el periodo de espera establecido, así como las cirugías como tratamiento de las mismas.**

2. **Padecimientos o enfermedades hereditarias y/o congénitas o derivadas de prematuridad, así como las cirugías como tratamiento de las mismas. Esta exclusión no aplica para las coberturas de primer diagnóstico de cardiopatía congénita, fibrosis quística ni para los padecimientos de los Asegurados cuando la madre biológica tenga, al momento del parto, diez meses de la cobertura continua e ininterrumpida en la Póliza.**
3. **Lesiones, enfermedades o cirugías causadas por un intento de suicidio o lesiones auto-infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
4. **Bulimia o anorexia, así como sus cirugías secundarias.**
5. **Padecimientos o cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente (ETS) excepto el Virus del papiloma – humano (lesiones).**
6. **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como sus cirugías secundarias.**
7. **Tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.**
8. **Padecimientos o cirugías que se necesiten, derivadas de accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos, deportes peligrosos o riesgosos, tales como:**
 - **Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas**
 - **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, espeleología, salto en bungee, deportes invernales o cualquier deporte profesional**
 - **Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad o resistencia**
 - **Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos o terrestres**
 - **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**

b) Particularmente para la cobertura de Primer diagnóstico, quedan excluidos:

1. **Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este contrato de seguro.**
2. **Enfermedades que aun cuando estén cubiertas, el diagnóstico no vaya acompañado de las pruebas mencionadas, para cada una de las enfermedades, en el apartado III. Coberturas.**
3. **Lesiones o enfermedades como resultado de o mientras se participa en la comisión de un crimen.**
4. **Diagnósticos por enfermedades cubiertas posteriores al primer diagnóstico.**
5. **Diagnósticos por enfermedades cubiertas por las cuales se hubiera recibido un servicio previo al inicio de la vigencia de la Póliza o durante el periodo de espera.**

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

6. Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un Médico especialista en la enfermedad, 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.

c) Particularmente para la cobertura de Cirugías, quedan excluidos:

1. Cirugías secundarias a enfermedades mentales, demencia senil, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, epilepsia, histeria, neurosis o psicosis, estrés y Alzheimer.
2. Biopsias diagnósticas.
3. Cesárea, parto y/o legrado uterino.
4. Intervenciones cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
5. Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
6. Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para la calvicie, obesidad y reducción de peso.
7. Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal.
8. Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
9. Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
10. Cirugías ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).
11. Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la FDA (Food and Drug Administration).
12. Hospitalizaciones o cirugías que no sean médicamente necesarias.

VI. INDEMNIZACIONES

a) 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.

b) Pruebas

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

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 del padecimiento 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 apartado el numeral 5. Competencia, inciso c), Cláusula VII.

c) Pago de la indemnización

El pago a cargo de la Institución se realiza:

- Si el Asegurado es menor de edad o se encuentra 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 o quede imposibilitado, la indemnización procedente se pagará a los Beneficiarios

d) Beneficiarios

Se determina como beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del solicitante; 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.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

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.

VII. CLÁUSULAS

a) Generales

1. Edad

Edades de aceptación

Será entre 0 y 65 años, pudiendo renovar la cobertura de forma vitalicia siempre que el Asegurado llegue a la edad de 65 años y tenga al menos cinco años completos de cobertura continua con la Institución.

Comprobación de la edad

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

Consecuencias de una inexacta declaración de edad

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

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

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

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

2. Vigencia

Inicio de vigencia

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

Periodo del seguro

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

3. Primas

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.

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.

Lugar del 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.

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.

Periodo de gracia

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

4. Territorialidad

Cobertura mundial para Asegurados residentes en la república mexicana.

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

5. Moneda

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

b) Operativas

1. Notificaciones

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

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

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

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

2. Modificaciones

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

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

3. Proceso de Cancelación

El Asegurado o Contratante, según corresponda, podrá solicitar la cancelación del presente contrato de seguro: (i) por 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.

- a) Internet o cualquier otro medio electrónico.
- b) 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.
- c) 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.

3. Renovación

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

de anticipación al vencimiento de la Póliza, no se realizará la renovación automática.

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

El comprobante de pago de la prima correspondiente expedido por la Institución será la prueba de renovación para el Asegurado, sin obligación por parte de la Institución de enviar una Póliza nueva, en el entendido que el envío de la documentación contractual relativa a la renovación, se hará en los mismos términos previstos en el numeral 6. Entrega de documentación contractual, inciso c), Cláusula VII. Entrega de la documentación contractual, de las presentes Condiciones Generales.

4. Rehabilitación

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

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

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

5. Prescripción

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

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

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.

c) Contractuales

1. Omisiones e inexactas declaraciones

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

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

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

2. 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**.

A partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o en su caso, desde la fecha en que hubiera sido rehabilitada, este contrato no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones. 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.

3. 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**).

4. Indemnización por mora

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del **artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

5. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o hacer valer sus derechos en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del reclamante. De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de cualquiera de dichas delegaciones.

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a la elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto en contrario será nulo.

6. Entrega de la 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 “Buzón Electrónico” o cualquier otro medio que la Institución establezca e informe al Asegurado o Contratante; o mediante correo electrónico.

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.

La entrega de la documentación por Internet, a través de “Buzón Electrónico”, se hará por la Institución en los casos en que ésta, previa solicitud del Asegurado o Contratante, le haya asignado una clave personal, cuyo uso en sustitución de la firma autógrafa en los términos del **artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

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 a fin de que la Institución le informe cómo obtener los referidos documentos a través de la página de internet www.bbvasegurrossalud.com.mx; asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico, dirigiéndose a bbvaseguros.mx@bbva.com

Para solicitar que la presente Póliza no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 1102 0038 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.

**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 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 22 de agosto de 2016, con el número CCNSF-H0704-0034-2016 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000469-02”.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Médico Patrimonial

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

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

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

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

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

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

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

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución desde toda la república mexicana (55) 1102 0038 de lunes a viernes, de las 8:30 a las 19:00 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 cuarenta y ocho 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.bbvasegurossalud.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 desde toda la república mexicana (55) 1102 0038 o escribe a: atencionbbvaseguros@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México, Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México).
E-mail: uneseuros2.mx@bbva.com

www.bbvasegurossalud.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.