



Seguros Salud

Gastos Médicos Familiar

Condiciones Generales

I. DEFINICIONES	3
II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA	7
III. OBJETO DEL SEGURO	10
IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO	11
V. GASTOS CUBIERTOS	13
VI. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	17
VII. COBERTURAS ADICIONALES	18
VIII. Exclusiones Generales	19
IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	21
X. CLÁUSULAS	23
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	29
CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	30

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

“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 10 de julio de 2012, con el número CNSF-H0704-0033-2012 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000501-03”.

Contrato de seguro que celebran por una parte “BBVA Seguros Salud México, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA México”, 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 cubrir las pérdidas económicas que tengan los Asegurados por los gastos erogados por la atención médica recibida a consecuencia de accidentes o enfermedades que se encuentren cubiertos, y la segunda se obliga al pago de la prima, al tenor de las siguientes definiciones y cláusulas:

I. DEFINICIONES

1. Participantes

a) Institución

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

b) 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 solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

c) Solicitante

Es la persona física que suscribe la solicitud del presente contrato de seguro y que podrá tener a su vez el carácter de Contratante.

d) Familia asegurable

Podrán ser incluidos en esta Póliza:

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

e) Asegurados

1. Asegurados

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

2. Asegurado titular

Será el Solicitante, a quien la Institución reembolsará la parte cubierta de los gastos erogados por la atención médica recibida por accidentes o enfermedades que se encuentren cubiertos por cualquiera de los asegurados sujetos a las condiciones del presente contrato.

2. Contrato

a) Contrato de seguro

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

b) Tabulador de honorarios médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en la cual se especifica el monto máximo que pagará la Institución por cada uno de estos. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Se compone de la base de tabulador y el conjunto de porcentajes que se aplicarán a dicha base para cada uno de los procedimientos.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

c) Endoso y/o condiciones especiales

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 contraponga.

d) 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.

e) 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.

3. De las coberturas

a) Enfermedad

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.

b) Enfermedad amparada

Se considerará que una enfermedad es amparada bajo la cobertura de esta Póliza cuando estando vigente la Póliza respecto al Asegurado afectado:

1. La fecha de inicio de la enfermedad ocurra dentro del periodo de vigencia de la Póliza. Se considera como fecha de inicio de la enfermedad aquella en que el Asegurado afectado recibe el primer servicio para la atención de dicha enfermedad, y que bajo circunstancias normales implicaría la erogación de un gasto.
2. Haya sido diagnosticada por un médico titulado y legalmente autorizado para emitir dicho diagnóstico.
3. Que no esté específicamente excluida en las condiciones generales de la Póliza, endosos y condiciones especiales agregadas a la misma.
4. Que no se trate de un padecimiento preexistente o congénito conforme lo estipulado en los numerales 5. Padecimiento preexistente y 6. Padecimiento congénito, inciso a, numeral 2, cláusula II, páginas 8 y 9.

c) 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.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo, también se considerarán como accidente:

1. La asfixia por inmersión, por obstrucción de las vías respiratorias, por ahorcamiento o por el impacto de un objeto externo a la altura de la tráquea, sin incluir las que sean a consecuencia de una enfermedad.
2. La aspiración de gases o vapores tóxicos.
3. La electrocución.
4. El envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas, incluyendo medicamentos o alimentos a los que el Asegurado resultara alérgico.
5. Homicidio o intento del mismo.

d) Accidente amparado

Se considerará que un accidente es amparado bajo la cobertura de esta Póliza cuando, estando vigente la Póliza respecto al Asegurado afectado:

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

1. El accidente ocurre dentro del periodo de vigencia de la Póliza. La fecha en que ocurre el accidente será considerada como la fecha de inicio para efectos de la reclamación.
2. Que no esté específicamente excluido en las condiciones generales de la Póliza, endosos y condiciones especiales agregadas a la misma.
3. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas por el Asegurado cuando:
 - Sean infligidas por el propio Asegurado o por un tercero con el consentimiento del Asegurado
 - Se encuentre bajo el influjo del alcohol o enervantes
4. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, así como sus complicaciones o secuelas, se considerarán como provenientes de un solo accidente.
5. En caso de que el Asegurado afectado reciba el primer servicio para la atención médica del accidente después de 30 días de ocurrido, el accidente seguirá estando cubierto, pero para efectos de esta Póliza, los gastos efectuados se considerarán y se reembolsarán aplicando los límites correspondientes a una enfermedad amparada.
6. Las hernias, eventraciones, protusiones o invaginamiento de cualquier tipo, se considerarán y se reembolsarán aplicando el deducible, coaseguro y los límites correspondientes a una enfermedad amparada.

e) Evento amparado

Se considera como un solo evento a todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas de la enfermedad amparada o accidente amparado inicial cubierto por esta Póliza, independientemente de las veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado del mismo. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de la atención de la enfermedad o accidente cubierto, su tratamiento o manejo quirúrgico, sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán también como parte del mismo evento.

f) Urgencia médica

Implica una enfermedad o lesión imprevista, súbita, fortuita que pone en peligro la vida, la viabilidad de un órgano o su función y exige atención médica inmediata.

g) Fecha en que se efectúan los gastos

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

h) Periodo de beneficio

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

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

i) Periodo de espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Póliza para poder cubrir un padecimiento de acuerdo con las especificaciones del contrato. La Institución no cubrirá los gastos erogados y los padecimientos correspondientes originados antes o durante este periodo, salvo en el caso de Accidentes Amparados y Urgencias Médicas.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

j) Tipo de plan

Se refiere a la suma asegurada, participación del Asegurado en el costo del evento y nivel hospitalario contratados por el Asegurado y que se señalan en la carátula de la Póliza.

k) Suma asegurada

Obligación máxima de la Institución por cada evento amparado en esta Póliza de acuerdo con las coberturas contratadas a la fecha de inicio del mismo.

l) Participación del asegurado en el costo del evento

Para cada enfermedad amparada, corresponderá al Asegurado aportar una parte de los gastos cubiertos por esta Póliza conforme a:

1. Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de esta Póliza que representa los primeros gastos cubiertos por cada accidente o enfermedad cubiertos conforme a las condiciones convenidas en el contrato y que deberá superarse para iniciar las obligaciones a cargo de la Institución.

2. Coaseguro

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Coaseguro la coparticipación entre la Institución y el Asegurado en el costo del accidente o enfermedad cubiertos. Dicha participación será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza, y se aplicará sobre los gastos cubiertos que excedan el Deducible hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la Póliza bajo el nombre "Coaseguro máximo".

m) Nivel hospitalario

Pueden ser hospitalarios de nivel alto, de nivel medio o de nivel bajo, de acuerdo con la clasificación mencionada en el anexo de estas condiciones generales y cuya actualización deberá consultarse a través del CAT.

4. De las reclamaciones

a) Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado titular ante la Institución, para que le sean reembolsados los gastos erogados por la atención médica de un accidente o enfermedad amparados.

b) Reembolso

Es la restitución de los gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de los servicios recibidos para la atención de una enfermedad o accidente amparados. La Institución realizará el proceso de ajuste correspondiente de acuerdo con la amplitud de cobertura de la Póliza.

Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

c) Pago directo

Independientemente de que la responsabilidad de la Institución se establece bajo el esquema de reembolso previamente definido, en los casos en que sea posible y bajo el esquema definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES, pág. 21, se aplicará el servicio de pago directo mediante el cual la Institución pagará directamente al prestador de servicios el costo de los servicios médicos procedentes que brinde al miembro de la familia asegurada afectado por una enfermedad o accidente amparados.

1. Cirugía programada

Modalidad de Pago Directo mediante la cual la Institución confirma la procedencia del evento y conviene con el Asegurado en realizar el pago de los gastos cubiertos a los prestadores de servicios. Para ello será necesario que antes de que ocurra la intervención quirúrgica, el Asegurado notifique a la Institución conforme al procedimiento definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES, pág. 21.

2. Ingreso hospitalario

Cuando por el estado de emergencia se realice el internamiento del Asegurado para recibir el servicio médico sin notificación previa a la Institución y se pretenda la utilización del servicio de Pago Directo, será necesario que el Asegurado mismo o el responsable del internamiento notifiquen del hecho a la Institución en la brevedad posible siguiendo el procedimiento definido en la cláusula IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES, pág. 21.

d) Centro de Atención Telefónica (CAT)

Servicio de asistencia telefónica, a nivel nacional, las veinticuatro horas del día durante los 365 días del año, que se ofrece a los asegurados para obtener orientación y asesoría para la utilización de la Póliza, así como información acerca de la red de prestadores.

II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA

1. Prestadores

a) Médico

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina, que no sea familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta en segundo grado.

1. Médico general

Es el profesional de la medicina con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y/o resolver con tratamiento médico y procedimientos sencillos algunos padecimientos que requieren acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en casa del enfermo.

2. Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado en una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

a) Médico Acupunturista, Médico Homeópata y Médico Quiropráctico

Son aquellos profesionales médicos que cuentan con los documentos que los acreditan como tales (Título y Cédula Profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista, homeópata o quiropráctico respectivamente.

b) Perito médico

Médico especialista certificado por el consejo correspondiente o alguna autoridad.

3. Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

4. Anestesiólogo

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

5. Enfermera(o)

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

b) Prestadores de servicios médicos y hospitalarios

Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la Norma Oficial Mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

1. Hospital, clínica o sanatorio

Establecimiento sanitario, legalmente autorizado para diagnosticar y tratar los accidentes o las enfermedades de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

2. Hospital certificado

Aquel hospital que cuenta con la certificación otorgada por la Secretaría de Salud.

3. Laboratorios clínicos o unidades de diagnóstico

Establecimiento sanitario, legalmente autorizado para realizar estudios y pruebas que permitan el diagnóstico clínico de los accidentes o enfermedades de un paciente.

4. Farmacias

Establecimiento legalmente autorizado para la venta de medicamentos.

5. Red de prestadores

Aquellos que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes se les pagará directamente los gastos médicos procedentes, ajustándose a los límites y condiciones establecidos en esta Póliza.

a) Médico de red

Médico con el que la Institución o el prestador de servicios contratados por ésta, tiene celebrado un contrato para la atención de sus asegurados, el cual permite operar el esquema de pago directo.

b) Hospitales de red

Hospital con el que la Institución o el prestador de servicios contratados por ésta, tiene celebrado un contrato para la atención de sus asegurados, el cual permite operar el esquema de pago directo.

2. Conceptos médicos

a) Generales

1. Tratamiento médico

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

2. Segunda y tercera opinión médica

Servicio que presta la Institución a los asegurados por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que son designados por la Institución para corroborar el diagnóstico inicial y confirmar la procedencia de la reclamación.

3. Atención médica de corta estancia

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

4. Urgencia médica

Es el periodo que inicia con la alteración súbita del estado de salud del Asegurado o crisis médica, que pone en peligro su vida, la viabilidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y requiere servicios médicos de manera inmediata. La urgencia médica termina cuando el médico tratante considera que la situación de crisis médica ha concluido.

5. Padecimiento preexistente

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

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos y como parte del procedimiento de suscripción del seguro, la Institución podrá requerir al Solicitante que se someta a un examen médico. En caso de que el Asegurado se haya sometido al examen médico a 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.

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

La Institución acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Institución.

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

6. Padecimiento congénito

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que ésta sea evidente en el momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

El conjunto de alteraciones que durante el periodo gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un mismo evento.

b) Embarazo y parto

1. Fecundación

Proceso mediante el cual el óvulo maduro femenino es fertilizado produciendo un huevo o cigoto, a partir del cual se desarrolla el embrión. Este proceso puede desarrollarse de forma normal por cópula entre hombre y mujer, o bien bajo algún método asistido, interno o externo, entre los que se encuentra la inseminación artificial, fecundación in vitro.

Es objeto de esta Póliza únicamente cubrir los gastos del parto producto de una fecundación natural, y en ningún momento se pretende cubrir los gastos de parto producto de una fecundación asistida.

2. Embarazo

Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto. Cuando en el embarazo se desarrollan simultáneamente dos o más fetos se llama embarazo múltiple.

3. Aborto

Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el producto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para sobrevivir fuera del útero.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

a) Interrupción necesaria del embarazo (aborto terapéutico)

Interrupción del embarazo por prescripción médica.

b) Interrupción involuntaria del embarazo (aborto inevitable)

Complicación de la gestación en la que la terminación del embarazo es inminente y no puede evitarse.

c) Interrupción voluntaria del embarazo

Interrupción intencional del embarazo antes de que el producto se haya desarrollado lo suficiente como para vivir fuera del claustro materno.

Es objeto de esta Póliza cubrir únicamente los gastos originados por los incisos a y b, numeral 3. Aborto y en ningún momento se pretende cubrir los gastos que sean producto de una interrupción voluntaria del embarazo.

4. Parto

Etapas final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto a término por las vías naturales. Cuando se obtiene un producto antes de la semana treinta y seis de gestación, es decir, sin un producto maduro, se conoce como parto prematuro.

5. Cesárea

Intervención quirúrgica que consiste en extraer el producto del embarazo mediante una incisión en el abdomen, en sustitución de un parto.

6. Embarazo múltiple

Es aquel en el que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.

c) Aparatos ortopédicos o prótesis e injertos

1. Aparatos ortopédicos, prótesis u órtesis

Es todo aparato mecánico o eléctrico, que permite reemplazar, sustituir, corregir o auxiliar, total o parcialmente la función de un órgano, articulación o extremidad y que es prescrito por el médico tratante.

2. Injertos y trasplantes

Se refiere a la inserción o inoculación de órganos, tejidos o células, desde su sitio de origen autólogo o heterólogo (donador) a otra parte del cuerpo (receptor) con el fin de recuperar una función. Asimismo se incluyen sustancias orgánicas, artificiales o radioactivas prescritas por el médico tratante.

III. OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la Póliza que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, dentro del territorio que se estipule en el contrato, la Institución reembolsará al Asegurado o pagará directamente a los prestadores afiliados, el costo de los mismos, teniendo como límite lo que ocurra primero de:

1. El agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el contrato.
2. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la presente Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma.
3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

Lo anterior, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del accidente o enfermedad y al momento de la erogación de cada uno de los gastos.

IV. ELEMENTOS DEL CONTRATO**1. Bases del contrato**

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

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a la Institución para dar por rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones 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**.

2. Edad**a) Edad máxima de aceptación**

El Contratante podrá solicitar la inclusión a esta Póliza de aquellos miembros de la familia asegurable cuya edad sea menor a 65 años.

b) Edad de última renovación

Los asegurados podrán mantenerse al amparo de esta Póliza hasta el final del año Póliza en que cumplieron los 70 años de edad, salvo que cuenten con una cobertura continua de al menos 5 años en esta Institución, en este caso podrán continuar asegurados sin importar la edad alcanzada. Para estos efectos no se tomará en cuenta la antigüedad reconocida.

c) Comprobación de edad

La Institución se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados y una vez comprobada, la Institución deberá anotarla en la propia Póliza y extender el comprobante de tal hecho al Contratante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando deba pagar un siniestro, salvo que se compruebe que las pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

d) 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:

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

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

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

3. Vigencia

a) Inicio de vigencia

La vigencia de este contrato corresponderá al periodo estipulado en la carátula de la Póliza.

b) Periodo del seguro

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado será por un año pudiendo renovarse por periodos iguales.

4. Primas

a) Importe de la prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza inicial o cada una de sus renovaciones, en función a las características del plan contratado y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato. En adición deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de Póliza y tasa de financiamiento.

La Institución no tiene obligación de cobrar las primas o de dar aviso de su vencimiento, en caso de que así lo hiciera, ello no establece precedente ni obligación alguna para la misma.

b) Pago fraccionado de primas

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

c) 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.

d) Periodo de gracia

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales a partir del vencimiento para liquidar el total de la prima o la fracción pactada en el contrato. Los efectos del contrato cesarán automáticamente si a las doce horas del último día del periodo de gracia el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la Póliza, quedando el pago de los siniestros que resultaran procedentes bajo el esquema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de Pago Directo; la Institución podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago de las fracciones de ésta no liquidadas.

e) Lugar de pago de la prima

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

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

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

f) Ajustes al monto de la prima

Los ajustes por altas o bajas de asegurados se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos entre la fecha efectiva del movimiento y la fecha de pago de la prima; dichos ajustes se realizarán a partir del momento en que la Institución comunique por escrito la aceptación del movimiento.

5. Residencia

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

El Contratante y/o el Asegurado titular tienen la obligación de notificar a la Institución, el lugar de residencia de sus dependientes económicos asegurados cuando éstos vivan en un domicilio diferente al suyo.

En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses, y haya contratado la cobertura en el extranjero, deberá avisarse anticipadamente a la Institución, a fin de que se calcule y emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho, o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la república mexicana no será cubierto por la Póliza.

La Institución podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia, o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la reclamación para atención fuera del territorio nacional.

6. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados por servicios prestados dentro de la república mexicana. En caso de contratar la Cobertura amplia en el extranjero o la Cobertura de atención médica por urgencia en el extranjero, numerales 1 y 3, cláusula VII. COBERTURAS ADICIONALES, página 18, los gastos médicos erogados por servicios prestados fuera del territorio nacional deberán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas.

7. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Institución, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la república mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

V. GASTOS CUBIERTOS

Para efectos de esta Póliza, se entenderán como gastos médicos cubiertos aquellos que se eroguen como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la Póliza para la atención médica de cualquier miembro de la familia asegurada en territorio nacional por motivo de:

1. Honorarios médicos

a) Por consulta

Honorarios por consultas y visitas médicas como máximo una por día de acuerdo al tabulador de honorarios médicos. Los honorarios por interconsulta de médico especialista se cubrirán siempre y cuando la consulta sea solicitada por el médico tratante para el manejo integral de la enfermedad o accidente amparado.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

b) Por intervención quirúrgica

1. Honorarios del cirujano

El límite de honorarios por este concepto será la cantidad mencionada en el tabulador de honorarios médicos. Dentro de este límite se incluyen las consultas postoperatorias, hasta quince días posteriores al alta hospitalaria.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención dentro de las veinticuatro horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si después de transcurridas veinticuatro horas de haberse realizado una operación se requiere de otra, se considerará como distinta de la primera. En este caso, los gastos se pagarán de acuerdo al tabulador de honorarios médicos.

Este límite se podrá modificar en los siguientes casos:

- a) Si en una sola sesión quirúrgica se realizan dos o más operaciones ya sea en el mismo campo quirúrgico o a través de la misma incisión sólo se hará el pago que corresponda a aquella de las intervenciones efectuadas cuyo importe sea el mayor en el tabulador.
- b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en distintos campos quirúrgicos o a través de diferentes incisiones, el pago total se hará, considerando las cantidades indicadas en el tabulador, al 100% de la intervención quirúrgica de mayor importe añadiéndose el 50% de las demás intervenciones efectuadas.

En caso de que en una segunda intervención quirúrgica se haya requerido la intervención de otro cirujano de diferente especialidad, los honorarios del segundo cirujano se pagarán al 100% conforme al tabulador.

- c) Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales solamente uno esté cubierto, se pagará el 100% de los honorarios médicos del padecimiento cubierto y el 60% del total de la factura hospitalaria.
- d) En el caso de politraumatizados consecuencia de un accidente amparado, cada una de las intervenciones quirúrgicas necesarias para su tratamiento, serán cubiertas al 100%.

2. Honorarios del anesthesiólogo

Se pagarán con un límite máximo del 30% de lo pagado al cirujano conforme a lo mencionado en el inciso a) Por consulta, de este numeral.

3. Honorarios del ayudante

Los honorarios de los médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al médico cirujano conforme lo mencionado en el inciso a) Por consulta, de este numeral.

4. Honorarios de enfermería

Quedarán cubiertos, vía reembolso y conforme al tabulador, los honorarios por visitas de enfermera(o) a domicilio, con un máximo de tres turnos de 8 horas diarias y hasta por treinta días en los casos que el médico tratante determine que es médicamente necesario.

2. Servicios auxiliares de diagnóstico

En caso de ser prescritos por el médico tratante, quedan cubiertos los gastos derivados de análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro estudio indispensable para el diagnóstico y/o tratamiento del accidente o enfermedad cubierta.

3. Medicamentos

Los medicamentos que hayan sido prescritos por el médico tratante y estén relacionados con el padecimiento amparado para su tratamiento, siempre que estén registrados como medicamentos en la Secretaría de Salud.

4. Ambulancia terrestre

Se cubrirán vía reembolso los gastos de ambulancia terrestre dentro de los límites de la república mexicana cuando el traslado, hacia o desde el hospital, sea médicamente necesario.

5. Gastos hospitalarios

- a) Habitación privada estándar del Asegurado, incluyendo el costo del paquete de admisión al hospital.
- b) Alimentos requeridos por el Asegurado afectado durante su estancia en el hospital.
- c) Medicamentos y materiales de curación y cualquier otro insumo hospitalario, prescrito por el médico tratante.
- d) Cama extra para un acompañante, en la misma habitación.
- e) Sala de operaciones, recuperaciones, curaciones y urgencias.
- f) Terapia intensiva, terapia intermedia y cuidados coronarios.
- g) Adquisición y aplicación de sueros, sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo pruebas de compatibilidad sanguínea que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.
- h) Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

6. Otros conceptos cubiertos

Siempre que sean prescritos por el médico tratante se cubrirán los conceptos siguientes:

- a) Gastos originados por consumo de oxígeno.
- b) Gastos por tratamientos de radioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, quimioterapia y otros semejantes.
- c) Renta de equipo necesario para la recuperación del Asegurado afectado, incluyendo cama manual tipo hospital, silla de ruedas manual, andaderas, muletas, bastones, auxiliares temporales externos de apoyo osteoarticular, ventiladores, respiradores artificiales o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno.
- d) Compra de prótesis valvular cardíaca, marcapasos, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, implantes de titanio, lente intraocular, aparatos auditivos e implante coclear, que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada, serán cubiertos hasta 4% de la suma asegurada con máximo de 44,000 UDIS de acuerdo al factor publicado por el Banco de México al 1.º de enero del año de emisión de la Póliza en vigor; en el caso de zapatos ortopédicos, se cubrirá un máximo de dos pares al año.
- e) Sólo se cubrirán las prótesis, injertos y transplantes por una única ocasión cuando sean necesarias como consecuencia de un evento cubierto.
- f) Se cubren las reposiciones de las prótesis vitales, siempre y cuando la primera colocación haya sido amparada por esta Póliza.
- g) En caso de tener que reemplazar una prótesis como consecuencia de un evento cubierto independiente al que originó la colocación de la prótesis se considerará como un evento nuevo.

7. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos cubiertos con condiciones específicas

a) Alveolares, gingivales o dentales

Aquellos que son requeridos por una urgencia médica a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza que afecte a dientes naturales, debiéndose presentar los resultados de estudios y/o radiografías que lo demuestren.

b) De carácter reconstructivo

Aquellos no cosméticos que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto, sean necesarios para la recuperación de una función corporal, debiéndose presentar los resultados de estudios y/o radiografías (previas y posteriores) que lo demuestren.

c) Defectos visuales

Quedarán cubiertas las queratotomías para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, queratomileusis, epiqueratofaquia, siempre que:

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

1. Exista un nivel mayor o igual a cinco dioptrías en cada ojo.
2. Exista una prescripción médica coordinada por la Institución a través de una segunda opinión, tal y como se establece en el numeral 2. Segunda y tercera opinión médica, inciso a, numeral 2, cláusula II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA, página 8.

8. Uso de medicina alternativa

Están amparados los honorarios por cualquier tipo de tratamiento médico que sea realizado por quiroprácticos, acupunturistas y homeópatas, naturistas y vegetarianos, así como el tratamiento a base de hipnotismo o quelaciones, siempre y cuando los médicos cuenten con cédula profesional.

9. Cobertura del recién nacido

Tratándose de los hijos del titular y/o cónyuge que nazcan durante la vigencia de esta Póliza y que además cumplan con los dos siguientes requisitos:

- a) La madre biológica tenga al menos diez meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento.

En este caso no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en el inciso d) Reconocimiento de antigüedad, numeral 1, cláusula X, página 25.

- b) Se solicite el alta del recién nacido a la Institución dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

Quedarán cubiertos por padecimientos congénitos, prematuridad y por las complicaciones y/o padecimientos que se presenten desde el momento del nacimiento sin necesidad de presentar requisitos de asegurabilidad.

En caso de que no se cumpla alguno de los puntos mencionados, su ingreso a la Póliza estará sujeto a lo dispuesto en el inciso a) Movimiento de asegurados, numeral 1, cláusula X, página 23.

Exclusiones

Esta cobertura no opera cuando se trate de:

- Embarazos múltiples.
- Casos que sean a consecuencia de padecimientos y/o tratamientos no cubiertos para la madre asegurada.

10. Complicaciones del embarazo o del parto

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones del mismo se considerarán cubiertos, aplicando el deducible, coaseguro y los límites correspondientes a una enfermedad amparada, aquellos que son requeridos a causa de complicaciones del embarazo o del parto y que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) La madre biológica esté cubierta por esta Póliza y tenga al menos 10 meses de cobertura continua con la Institución con respecto a la fecha probable de parto.
- b) Se presente la nota quirúrgica así como los estudios clínicos, paraclínicos o histopatológicos que, en su caso, sustenten el diagnóstico.
- c) Que se trate de alguna de las siguientes complicaciones:

- Aborto involuntario
- Atonía uterina
- Embarazo anembrionario
- Embarazo ectópico o extrauterino
- Embarazo molar

- Fiebre puerperal
- Huevo muerto retenido
- Incompetencia ístmico cervical
- Placenta ácreta
- Placenta previa central o total
- Preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia)
- Polhidramnios y oligohidramnios
- Síndrome de Hellp

El reconocimiento de antigüedad descrito en el inciso d) Reconocimiento de antigüedad, numeral 1, cláusula X, página 25, no aplicará para cumplir el periodo de espera necesario para que opere la cobertura de estas complicaciones del embarazo.

VI. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

1. 0 días

Para urgencias médicas que se atiendan inmediatamente después del evento, siempre y cuando se deriven de padecimientos cubiertos o accidentes amparados.

2. Después de 30 días

Se amparan los gastos erogados por enfermedades cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten treinta días después de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado. Esta limitación no opera en la renovación de la Póliza o tratándose de las siguientes enfermedades:

- Gastroenteritis infecciosa
- Intoxicación o choque alimentario
- Neumonía

3. Después del primer año de vigencia

Se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua e interrumpida con la Institución para cada Asegurado:

- Cataratas
- Enfermedades ácido-pépticas y reflujo gastroesofágico
- Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares
- Glándulas mamarias (incluyendo cáncer de seno)
- Hernias y eventraciones así como sus complicaciones (excepto hernias de disco)
- Litiasis
- Padecimientos ginecológicos

4. Después del segundo año de vigencia

Se cubrirán los gastos erogados por los siguientes padecimientos si sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua:

- Afecciones de la columna vertebral y discos intervertebrales
- Amígdalas y adenoides
- De la estructura anatómica de la rodilla
- Degeneraciones articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones
- Insuficiencia venosa o várices
- Nariz y/o senos paranasales sólo serán cubiertos, previa valoración de ello al acto quirúrgico por parte del médico designado por la Institución para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico, conforme a lo establecido en el numeral 2. Segunda y

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

tercera opinión médica, inciso a, numeral 2, cláusula II. SOBRE LOS ASPECTOS MÉDICOS DEL CONTRATO DE PÓLIZA, página 8. En caso de accidente no hay periodo de espera. No se cubrirán los tratamientos con fines estéticos

- Padecimientos anorrectales

VII. COBERTURAS ADICIONALES

1. Cobertura amplia en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, se amparan los gastos erogados fuera del territorio nacional por lo que queda sin efecto la limitación mencionada en el numeral 6. TERRITORIALIDAD, cláusula IV, página 13. En esta cobertura no opera el beneficio de pago directo ni el de cirugía programada. La Institución solventará el reembolso de los gastos procedentes en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente a la fecha en que se erogan dichos gastos. La suma asegurada, el deducible y el coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza.

2. Ayuda por maternidad

Mediante la contratación de esta cobertura, la Institución amparará los gastos médicos cubiertos en que incurra la Asegurada a causa de parto normal o la operación cesárea. Esta cobertura está sujeta a un periodo de espera de 10 meses continuos, transcurridos a partir de la contratación de la cobertura o del ingreso a la Póliza de la asegurada. La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 15 años pudiéndose renovar hasta los 49 años.

La suma asegurada, el deducible y el coaseguro para esta cobertura son los indicados en la carátula de la Póliza. El reconocimiento de antigüedad generada en otra aseguradora no aplica para el cumplimiento del periodo de espera de esta cobertura.

3. Cobertura de atención médica por urgencia en el extranjero

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Institución cubrirá vía reembolso dentro de los límites y bajo los términos mencionados en la carátula de la Póliza, los gastos erogados por los servicios médicos prestados en el extranjero, según lo establecido en los tabuladores UCR (Usual, Customary & Reasonable, es decir, de uso común, acostumbrado y razonable) del país donde se atiende, a causa de una urgencia médica por accidente o enfermedad amparada, que reciba el Asegurado titular o sus dependientes económicos asegurados.

Será cubierta la urgencia médica en el extranjero, siempre y cuando:

- a) Se trate de una urgencia médica según los términos definidos en el numeral 4. Urgencia médica, inciso a, numeral 2, cláusula II, página 8.
- b) Que dicha necesidad haya sido a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada, siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero mientras el Asegurado se encuentre viajando con fines distintos a la atención de la salud.
- c) Que dichos servicios se encuentren cubiertos por esta Póliza.
- d) Que el Asegurado haya notificado a la Institución el uso de servicios de urgencia médica dentro de los cinco días siguientes a su utilización, salvo caso de fuerza mayor o caso fortuito, en los cuales la notificación se realizará una vez que concluya la situación.

Cuando a criterio del médico tratante la atención médica de urgencia ya no sea requerida, cesará la cobertura de urgencia médica en el extranjero.

4. Actividades deportivas

Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Institución amparará como accidente cubierto los gastos originados por la atención médica requerida por el Asegurado consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la práctica amateur o recreativa, habitual, no profesional, de cualquier actividad deportiva, incluyendo actividades deportivas extremas, que sean llevadas a cabo bajo las medidas

de seguridad, reglas y/o capacitación requeridos. La edad de contratación para esta cobertura es a partir de los 6 años pudiéndose renovar hasta los 49 años.

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

VIII. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no cubre en su cobertura básica ni en sus beneficios adicionales:

- 1. Gastos realizados para obtener un diagnóstico o proporcionar tratamiento médico y/o quirúrgico, así como las complicaciones que se relacionen con:**
 - a) Mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético o reconstructivo, excepto las necesarias a consecuencia de accidentes cubiertos por la Póliza.**
 - b) Tratar la calvicie, aumento o disminución de peso, obesidad o delgadez, acné y nevos.**
 - c) Estrabismo.**
 - d) Herbolaria.**
 - e) De accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento, se considerará como prueba exámenes médicos y/o los documentos presentados con declaraciones donde conste que existían características o síntomas derivados de las sustancias antes mencionadas al momento del evento.**
 - f) Infertilidad, esterilidad o control de la natalidad, embarazo múltiple, así como el aborto voluntario ya sea provocado o inducido.**
 - g) Disfunción sexual y/o eréctil salvo que estos se presenten como una complicación de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.**
 - h) Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
 - i) Fines profilácticos o preventivos, curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como check-up, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.**
 - j) Técnicas experimentales o de investigación.**
 - k) Trastornos psiquiátricos o psicológicos, de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, de rehabilitación de la conducta o aprendizaje. Así como los relacionados con trastornos del sueño y el síndrome de fatiga crónica.**
 - l) Enfermedades preexistentes.**
 - m) Afecciones dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales salvo lo estipulado en el inciso a) Alveolares, gingivales o dentales, numeral 7, cláusula V, página 15.**
 - n) Enfermedades congénitas salvo lo estipulado en el numeral 9. Cobertura del recién nacido, cláusula V, página 16.**

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

- o) Lesiones provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.**

2. Gastos por lesiones ocurridas a consecuencia de accidentes o actos intencionales del Asegurado por:

- a) Presentar servicio militar, naval, policial o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de actos de guerra, alborotos populares, motines, insurrecciones o rebeliones, excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).**
- b) Salvo que se hubiere contratado la cobertura del numeral 4. Actividades deportivas, cláusula VII, página 18, la práctica de cualquier deporte o actividad extrema, de forma enunciativa mas no limitativa: equitación, jockey, ciclismo de montaña, motociclismo, rugby, esquí, triatlón, viaje en globo, ala delta, bungee, box, buceo, lucha greco-romana, lucha libre, artes marciales, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo, espeleología, rapel.**
- c) Cuando viaje como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares; o bien, participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- d) Provocar riñas o participar en actos delictivos.**
- e) Lesiones autoinflingidas, suicidio o intento del mismo aún cuando se cometan en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gases de cualquier clase.**

3. Los gastos efectuados por los siguientes conceptos:

- a) Por internamiento en establecimientos no reconocidos como hospitales.**
- b) Realizados por un acompañante, excepto los que se originen por cama extra.**
- c) Realizados por el donador, ajenos al procedimiento quirúrgico, así como cualquier tipo de gratificación o remuneración que éste reciba.**
- d) Del Asegurado en su carácter de donador de órganos.**
- e) Por llamadas de larga distancia, caja fuerte, renta de películas, control remoto de televisión, artículos de uso personal.**
- f) Medicamentos, tratamientos y/o estudios no relacionados con el padecimiento motivo de la reclamación.**
- g) Complementos alimenticios (vitaminas, proteínas y leches), siempre que no tengan plena justificación o relación directa con el padecimiento de origen.**
- h) Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la Póliza.**
- i) Adquisición de armazones de cualquier tipo, así como los cristales de lentes o anteojos, así como exámenes de la vista.**
- j) Compra de zapatos, plantillas y similares.**
- k) Cámara hiperbárica.**
- l) Cualquier complicación del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.**

IX. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

1. Aviso de accidente o enfermedad

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

2. Reclamaciones

a) Reembolso

El Asegurado que solicite un reembolso al amparo de esta Póliza, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Junto con la reclamación, deberá exhibir las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y aquellas que le solicite la Institución, relativas al diagnóstico del accidente o enfermedad amparada, así como los gastos efectuados. 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.

Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la indemnización correspondiente.

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

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

b) Cuantía del reembolso

Se calculará de acuerdo con la siguiente secuencia:

1. Se sumarán todos los gastos reclamados, separando los gastos procedentes de los no procedentes en función de cada concepto.
2. A la cantidad así obtenida se aplicarán los límites que para cada concepto se tengan establecidos, obteniéndose la indemnización correspondiente.
3. Al monto resultante se descontará la cantidad definida como Deducible en la carátula de la Póliza.
4. Al remanente así obtenido se aplicará el Coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta Póliza.

c) Pago de reclamaciones

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

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

d) Monto de la indemnización

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

Cuando el Asegurado acceda o reciba servicios por accidente o enfermedad en un hospital de clasificación superior al plan contratado, tendrá una penalización en el coaseguro de 30 puntos porcentuales, en adición al coaseguro contratado y serán aplicables sobre el total del gasto incurrido, es decir, no aplicará tope de coaseguro.

En este caso no opera el beneficio de pago directo y cirugía programada.

El Contratante podrá cambiar a una Póliza con mayor cobertura sujetándose a las políticas vigentes de suscripción de la Institución, pero se considerará para el pago de gastos complementarios posteriores al cambio, las condiciones que tenía contratadas el Asegurado al momento en que ocurrió el primer gasto del accidente o enfermedad cubierta.

e) Beneficio de pago directo y cirugía programada

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

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

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

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

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

No se otorgará el beneficio de cirugía programada si:

1. El Asegurado se realiza un procedimiento quirúrgico adicional al autorizado y no cubierto por las condiciones de la Póliza.
2. Si tiene algún recibo de primas pendiente de pago.
3. Si el monto estimado de la cirugía a programar excede la suma asegurada disponible.

f) Opiniones médicas

Cualquier reclamación de gastos erogados para la realización de las cirugías que a continuación se mencionan, no procederá si no se cumple con el requisito de la segunda opinión, salvo en aquellos eventos que cumplan con la definición de urgencia médica.

1. Cirugía ortopédica para:

- Columna
- Hombro
- Túnel del carpo
- Rodilla
- Cadera

2. Intervención quirúrgica mayor:

- Cirugía cardiovascular
- Neurocirugía
- Cirugía de abdomen
- Cirugía oncológica en padecimientos malignos

3. Cirugía de trasplantes

4. Cirugía de nariz y senos paranasales

5. Cirugía refractiva

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

La Institución tendrá la opción de solicitar una segunda opinión en cualquier otro padecimiento que considere necesario.

g) Indemnización por mora

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

h) Subrogación

De conformidad con el **artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la Institución que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Institución podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Institución concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

i) Restitución

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

X. CLÁUSULAS

1. Cláusulas operativas

a) Movimiento de asegurados

1. Altas

El Contratante o el Asegurado Titular podrán incluir en la Póliza a alguno de los miembros de su familia que cumpla con la definición de familia asegurable, para lo cual, deberá requisitar el(los) formato(s) correspondientes. La inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la Institución previa valoración de los requisitos de asegurabilidad requeridos por la misma.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

Toda solicitud para incluir a una mujer embarazada será pospuesta para analizarse hasta que el embarazo termine y se cumpla con lo siguiente:

- Se entregue un nuevo formato para incluirlos con información actualizada tanto de la madre como del producto.
- Se presenten los requisitos de asegurabilidad actualizados.
- La inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la Institución previa valoración de la información proporcionada.

2. Bajas

Pueden provocar la baja de un Asegurado las siguientes causas:

a) Petición del Contratante y/o Asegurado titular

El Contratante o el Asegurado titular pueden solicitar a la Institución, en cualquier momento, la baja de un miembro de la familia asegurada, la cual será efectiva a partir de que la Institución les comunique que su solicitud ha sido aceptada estableciendo la fecha de efectividad del movimiento, siendo responsabilidad del Contratante liquidar las primas correspondientes hasta ese momento.

b) Dejar de cumplir con la definición de familia asegurable

Cuando el cónyuge, concubina o concubinario o la persona con quien viva en sociedad de convivencia se separe legalmente del Asegurado titular, éste deja de cumplir con la definición de familia asegurable, en consecuencia se excluirán de la cobertura de esta Póliza a partir de la siguiente renovación.

c) Fallecimiento

En caso de que algún asegurado de esta Póliza fallezca quedará excluido de la cobertura a partir del inicio de la siguiente fracción de pago convenida, de acuerdo con lo establecido en el **artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

b) Cambio de plan

En caso de que el Contratante solicite un cambio de plan a uno de igual o menor amplitud de cobertura los beneficios ganados por antigüedad se conservarán siempre y cuando el nuevo plan lo contemple. Lo anterior sin perjuicio de que la Institución haga la suscripción necesaria en concordancia a las políticas de suscripción vigentes al momento de la solicitud y los beneficios ganados por antigüedad se restringirán a la amplitud de cobertura del plan anterior.

c) Renovación automática

Este seguro será renovado en condiciones congruentes con las originalmente contratadas por periodos iguales, sin necesidad de aviso por parte del Contratante, por lo que no se cambiarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado; ampliar periodos de espera o reducir límites de edad ni solicitar requisitos adicionales de asegurabilidad. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Institución, se entenderá como prueba suficiente de tal aceptación.

La tarifa aplicable será la que rija en la fecha de renovación, registrada ante la Comisión, la suma asegurada y el deducible se actualizarán en caso de que sean menores a los establecidos por la Institución como mínimos al momento de la renovación. La tarifa se incrementará anualmente en función de la edad alcanzada por el Asegurado, pudiendo ser significativa en edades avanzadas.

La renovación automática opera para cada Asegurado hasta el momento en que cumpla 70 años de edad, salvo lo estipulado en el numeral 2. Edad, cláusula IV, página 11.

En caso de renovación de la presente, la Red de Prestadores, que incluyen a los Médicos de Red y Hospitales de Red a través de los cuales la aseguradora brinde los servicios médicos amparados en el presente contrato, serán con una calidad, servicio y ubicación similar a la ofrecida al momento de celebrar la presente Póliza.

La Institución informará con al menos treinta días de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima, deducible y coaseguro aplicables a la misma.

En caso de que el Asegurado no desee que se lleve a cabo la renovación, deberá notificarlo a la aseguradora en los términos previstos en el inciso g) Entrega de documentación contractual, numeral 2, cláusula X, página 27, de las presentes condiciones con cuando menos veinte días hábiles de anticipación al vencimiento de la Póliza.

En caso de que la aseguradora desee no renovar el presente contrato, deberá hacerlo del conocimiento por escrito del Asegurado dentro del mismo plazo.

d) Reconocimiento de antigüedad

Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente hasta el momento de contratación de esta Póliza, la protección de una o varias coberturas, en condiciones mayores o iguales a las solicitadas a la Institución, en ésta u otra Institución.

Para considerar un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a la Institución que durante ese periodo la prima de la(s) Póliza(s) en donde haya estado el Asegurado, fue(ron) pagada(s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

e) Eliminación o reducción de periodos de espera

Es el beneficio que otorga la Institución con base en el tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra Institución, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos cubiertos.

f) Rehabilitación

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

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

g) Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual el Asegurado no tenía vigente alguna Póliza de seguro de gastos médicos mayores. Asimismo, también se entenderá por periodo al descubierto al intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este contrato. Se genera por falta de pago de primas.

Su inicio coincide con el principio del periodo de seguro cuya prima no fue liquidada durante el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes que hayan iniciado durante este periodo ni los gastos erogados durante el mismo.

Al momento de originarse un periodo al descubierto de treinta o más días, el Asegurado titular y los asegurados que estén incluidos en el registro de la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en esta Institución o en otra Institución de seguros, cesando los efectos de la presente Póliza, incluyendo los pagos complementarios de siniestros en curso de pago ocurridos con anterioridad a dicho periodo.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

2. Cláusulas contractuales

a) Modificaciones al contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y la Institución.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al **artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Institución, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

b) 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 (**artículo 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, la Institución quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (**artículo 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

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

c) Rectificación de la Póliza

“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**).

d) 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, 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.

e) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, o falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento de él y, si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya sido del conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

De acuerdo a lo establecido en los términos del **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución, conforme lo dispuesto por el **artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

f) **Notificaciones**

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de Seguro deberá hacerse a la Institución por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de la Institución llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el **artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

Conforme al **artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Institución prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Institución cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Contratante, tendrán validez si se hacen en la última dirección que ésta conozca.

Durante la vigencia de la Póliza, el titular podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa le 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.

g) **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.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 5998 5000 desde toda la república mexicana, asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico dirigiéndose a segurosalud.mx@bbva

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

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

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

“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 10 de julio de 2012, con el número CNSF-H0704-0033-2012 y del día 19 de julio de 2019, con el número CGEN-0704-0006-2019/CONDUSEF-000501-03”.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Estamos a tus órdenes en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo. Tel. (55) 3547 3921. Correo electrónico: uneseguros2.mx@bbva.com

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) 5998 5000, de lunes a viernes, de las 8:30 a las 16:00 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado o Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de Folio de Cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 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/CONDUSEF-G00221001”.

CONDICIONES GENERALES

Gastos Médicos Familiar

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo a lo establecido en el **artículo 52** de la **Ley sobre el Contrato de Seguro**, el Asegurado deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la Póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Institución no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas” (**Artículo 60** de la **Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Cláusula complementaria de agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Asegurado o su Beneficiario realice o se relacione con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el Asegurado o su Beneficiario, en los términos del **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los **artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis** del **Código Penal Federal** y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el **artículo 492** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Asegurado o del Beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Institución considerará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

“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 17 de junio de 2021, con el número CGEN-H0704-0003-2021/CONDUSEF-G-01316-001”.

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

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

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

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

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

Es muy fácil:

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

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para lo cual ponemos a tu disposición nuestro sitio web bbvasegurossalud.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas

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

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

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

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención. desde toda la república mexicana (55) 5998 5000 o escribe a segurossalud.mx@bbva

Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Lago Alberto 320 (entrada por Mariano Escobedo 303), Col. Granada, C.P. 11320, alcaldía Miguel Hidalgo, 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

“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/CONDUSEF-G00217001”.

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Centro de Servicio al Cliente

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 5998 5000**

Atención a Siniestros:

800 990 0952

Desde toda la república mexicana.

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año