

CONDICIONES GENERALES

VISIÓN SALUD 2018

NÚMERO DE REGISTRO EN EL RECAS OTORGADO POR CONSUDEP

CONDUSEF-003409-04.

CONTENIDO

CAPÍTULO I. DEFINICIONES.....	3
CAPÍTULO II. COBERTURA.....	6
CLÁUSULA PRIMERA. - Objeto	
CLÁUSULA SEGUNDA. - Tratamientos Cubiertos	
CLÁUSULA TERCERA. - Exclusiones y Limitaciones	
CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES.....	7
CLÁUSULA PRIMERA. - Participación del Asegurado en una reclamación	
CLÁUSULA SEGUNDA. - Sistemas de Pago de Reclamaciones	
CLÁUSULA TERCERA. - Cuantía de la Indemnización	
CLÁUSULA CUARTA. - Período de Beneficio	
CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES.....	9
PRIMERA. - Contrato	
SEGUNDA. - Omisiones o Inexactas Declaraciones	
TERCERA. - Rectificación de la Póliza	
CUARTA. - Modificaciones al Contrato	
QUINTA. - Edad	
SEXTA. - Residencia	
SÉPTIMA. - Moneda	
OCTAVA. - Primas	
NOVENA. - Período de Gracia	
DÉCIMA. - Rehabilitación	
DÉCIMA PRIMERA. - Altas de Asegurados	
DÉCIMA SEGUNDA. - Bajas de Asegurados	
DÉCIMA TERCERA. - Registro de Asegurados	
DÉCIMA CUARTA. - Renovación	
DÉCIMA QUINTA. - Cambio de Contratante	
DÉCIMA SEXTA. - Responsabilidad de Centauro	
DÉCIMA SÉPTIMA. - Interés Moratorio	
DÉCIMA OCTAVA. - Prescripción	
DÉCIMA NOVENA. - Competencia	
VIGÉSIMA. - Comisiones a Intermediarios	
VIGÉSIMA PRIMERA. - Notificaciones	
VIGÉSIMA SEGUNDA. - Vigencia	
VIGÉSIMA TERCERA. - Terminación del Contrato	
VIGÉSIMA CUARTA. - Derechos de los Asegurados	

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

Para efectos del presente contrato los siguientes términos tendrán los significados que a continuación se establecen que serán igualmente aplicados a las formas singular o plural de dichos términos:

1.- Accidente:

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que requiere atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión provocada intencionalmente por el Asegurado.

2.- Asegurado:

Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza, designándose indistintamente bajo este término tanto al Asegurado Titular como a los Dependientes Económicos que cumplan con la definición contenida en el presente capítulo.

3.- Asegurado Titular:

Persona física integrante de la Colectividad Asegurada, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona.

4.- Carátula de la Póliza:

Documento que contiene la información sobre los términos bajo los cuales debe operar este contrato, en donde se estipulan los datos del Contratante, de la Colectividad Asegurada y los correspondientes a las coberturas contratadas y a la vigencia del seguro.

5.- Certificado Individual:

Documento que expide La Institución y entrega por conducto del Contratante a cada Asegurado integrante de la Colectividad Asegurada en el que aparecen además de los datos relativos al Asegurado, el número de póliza y certificado y la vigencia de ambos, la suma asegurada o regla para determinarla, el nombre de los beneficiarios, entre otros.

6.- Colectividad Asegurable:

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro debiendo participar un mínimo de 10 integrantes como asegurados titulares, los cuales representen al menos el 75% de la Colectividad.

7.- Colectividad Asegurada:

Es el conjunto de personas que perteneciendo a la Colectividad Asegurable hayan otorgado su consentimiento para ser asegurados y aparezcan en el registro de asegurados.

8.- Contratante:

Es la persona física o moral representante de los Asegurados para efectos de la presente póliza y el responsable ante La Institución del pago de las primas del seguro.

9.- Deducible:

Cantidad a cargo del Asegurado especificada en la carátula y certificado individual, que se debe pagar una sola vez por periodo de vigencia de la póliza y se aplica en la primera reclamación.

10.- Dependientes económicos:

Siempre que hayan sido aceptados por **La Institución**, haciéndolo constar por escrito en el certificado individual, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- a) El Cónyuge, que para efectos de esta póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado principal hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- b) Los hijos del Asegurado principal que dependan económicamente del mismo.
- c) Los padres del Asegurado principal, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.

11.- Enfermedad:

Toda alteración en la salud del asegurado, debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

12.- Evento:

Cada uno de los tratamientos por accidente o enfermedad, amparados por esta póliza.

13.- Gasto Usual y Acostumbrado (GUA):

Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios de la Red y La Institución, aplicable únicamente para reembolso. En el presente producto, el GUA se encuentra ajustado al importe máximo de la Suma Asegurada.

14.- La Institución:

Seguros Centauro, Salud especializada, S.A. de C.V., quien es responsable del otorgamiento de la cobertura del seguro.

15.- Padecimiento:

Daño producido por un accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado.

16.- Padecimientos Preexistentes:

Lesión o enfermedad cuyo inicio tuvo lugar en fecha anterior al inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la cobertura para cada Asegurado y de las anteriores de las que constituya renovación, y cuya existencia se compruebe mediante la existencia de un resumen médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un oftalmólogo con cédula profesional o mediante pruebas de gabinete o de cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Asimismo, se considera que un padecimiento es preexistente cuando previamente a la celebración del contrato, el Asegurado hubiere hecho gastos comprobables documentadamente para recibir el tratamiento oftalmológico de que se trate.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

17.- Pago Directo:

Sistema de pago mediante el cual **La Institución** liquida directamente al prestador de servicios los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un evento.

18.- Red de Ópticas o Red

Se integra por las ópticas que prestan servicios amparados por la póliza en virtud del convenio que tienen celebrado con **La Institución** y coordinados por ella.

19.- Reembolso:

Sistema de pago de gastos, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de un evento.

20.- Suma Asegurada:

Cantidad máxima de responsabilidad de La Institución, por Asegurado, a consecuencia de cada evento. La Suma Asegurada considerada para el presente producto es la indicada en el Anexo I que describe los importes máximos considerados para la cobertura de acuerdo con el plan contratado.

21.- Tarjeta:

Identificación de cada Asegurado, expedida por **La Institución** en la fecha de alta al seguro, que permite solicitar los servicios de la Red de Ópticas en los términos y condiciones previstos en esta póliza.

22.- Tratamiento:

Conjunto de medios físicos, químicos, biológicos y/o quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades o las lesiones ocasionadas por un accidente o enfermedad.

CAPÍTULO II. COBERTURA**PRIMERA. - OBJETO.**

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del certificado individual, el Asegurado incurre en gastos por los Tratamientos cubiertos recibidos para su recuperación, la Institución cubrirá el costo de los mismos de acuerdo con las condiciones y límites estipulados en esta póliza, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana.

SEGUNDA. - TRATAMIENTOS CUBIERTOS.

Estarán cubiertos la consulta, prescripción y dotación de anteojos graduados o lentes de contacto graduados que se describen el ANEXO I del presente contrato, de acuerdo con el plan contratado que se especifica en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Quedan cubiertos asimismo los padecimientos preexistentes según se describen estos en el Capítulo I del presente contrato.

TERCERA. - EXCLUSIONES.

La presente póliza en ningún caso cubre los gastos que se originen por:

- 1. Atención fuera de la República Mexicana.**
- 2. Cualquier tratamiento que no esté especificado en la cobertura del plan contratado que aparece en la carátula de la póliza y en el certificado individual.**
- 3. Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- 4. Cualquier plástico diferente al CR-39 mono focal o Bifocal Flat Top L-28.**
- 5. Lentes de contacto denominados Gas Permeable.**
- 6. Lentes Antisolares.**
- 7. Cualquier armazón mayor a la Suma Asegurada del plan contratado.**

LIMITACIONES

Dotación de lentes de contacto o de anteojos una vez por persona y por año póliza, además no podrá ser acumulable.

CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES

La Institución solo pagará los tratamientos especificados en la cobertura derivados del evento, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

Las reclamaciones que resulten conforme a la presente póliza serán liquidadas dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que **La Institución** reciba todos los documentos, datos e informes, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

PRIMERA.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Asegurado cubrirá el deducible contratado, el cual se especifica en la carátula y certificado individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

SEGUNDA. - SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES.

Los Sistemas de Pago de Reclamaciones previstos para la presente póliza son:

- 1. Pago Directo:** Procede siempre que el Asegurado requiera atención en las Ópticas de la Red, las cuales presentarán directamente a La Institución las facturas correspondientes, por lo que el Asegurado liquidará únicamente los gastos no cubiertos por la póliza, mismos que deberá pagar al momento de su consulta una vez que se identifique con su tarjeta para obtener los servicios de la Red de Ópticas.

La prestación de los servicios se llevará a cabo mediante prestadores de servicios de visuales contratados por CENTAURO los cuales integran la Red de Ópticas y se encuentran ubicados en las principales ciudades de la República Mexicana. Al momento de emitir la póliza se proporcionará a cada uno de los Asegurados Principales a través del Contratante, el Directorio de la Red de Ópticas que tienen convenio celebrado con CENTAURO, el cual contiene los nombres, direcciones y teléfonos de optometristas que integran la citada Red.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

- 2. Reembolso** Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, por no contar con los Servicios de la Red, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán hasta la Suma Asegurada contratada, en su caso, mediante reembolso, previa autorización por parte de La Institución. Dicha autorización deberá obtenerse comunicándose telefónicamente a los teléfonos 01 (55) 5596-3540 en el D.F. y Área Metropolitana o al 01-800-800-80-40 desde el interior de la República, en el horario de atención de 8:00 am a 9:00 pm los 365 días del año.

El Asegurado puede elegir ópticas distintas a las de la Red de La Institución, mediante el pago del costo del servicio que le preste la Óptica fuera de Red.

En caso de que la reclamación proceda a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a La Institución la realización del Evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indican:

- 2.1.** Formato de Declaración del Reclamante, que proporcione La Institución, debidamente llenado y firmado.
 - 2.2.** Formato de Declaración del Médico Tratante, que proporcione La Institución, debidamente llenado y firmado.
 - 2.3.** Facturas originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales.
 - 2.4.** Las facturas deberán estar expedidas a nombre de Seguros Centauro, Salud Especializada, S.A. de C.V. El Impuesto al Valor agregado (IVA) deberá estar desglosado, de no ser así, no será reembolsado el importe correspondiente a dicho impuesto.
- 3. Pago Mixto:** Comprende todos aquellos casos en que una parte de los gastos son liquidados por La Institución a la Óptica que forma parte de la Red y la otra parte mediante el Sistema de Reembolso, al propio Asegurado.

TERCERA. -CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN

La cantidad que La Institución pagará al Asegurado si se optó por el Sistema de Reembolso, se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos de los Tratamientos Cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza y certificado individual de la misma.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

2. El pago que La Institución realice al Asegurado, por haberse atendido en Ópticas con las que no se tenga convenio de pago directo, no podrá exceder la Suma Asegurada en el Capítulo I del presente contrato.
3. La Suma Asegurada máxima en vigor para cada Asegurado, es la que se indica en la carátula de la póliza y en el certificado individual misma que estará expresada en pesos.

CUARTA. - PERÍODO DE BENEFICIO.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará dentro de los siguientes treinta días naturales a la fecha de terminación de la vigencia del seguro, salvo que el certificado se renueve anualmente y sin interrupción, caso en el que el periodo de beneficio será prorrogado por otro período de seguro.

En todo caso, si a la terminación del contrato, el Asegurado se encontrare bajo algún tratamiento iniciado durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora tendrá la obligación de continuar prestando el servicio para la atención de dicho tratamiento, teniendo como límite lo que ocurra primero de lo siguiente:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta por el oftalmólogo, o
2. Al agotarse la suma asegurada, o
3. Al vencimiento del periodo de beneficio previsto en el primer párrafo de la presente cláusula.

CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES**PRIMERA.- CONTRATO.**

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados, el consentimiento y el certificado individual, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Institución, bajo el cual quedará amparado todo Asegurado.

La Institución se reserva el derecho de excluir la cobertura de determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o en la renovación de la presente póliza o, por cambio de ocupación del Asegurado.

SEGUNDA. - OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a La Institución, de acuerdo con la solicitud relativa al seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración de la póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a La Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la Póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Institución a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado y/o Beneficiario(s), la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida y para aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y otorgaron su consentimiento después de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

TERCERA. - 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 naturales 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). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

CUARTA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y La Institución. En consecuencia, ni los Agentes ni ninguna otra persona no autorizada específicamente por La Institución, tienen facultad para hacer modificaciones ni concesiones al presente contrato.

QUINTA. - EDAD.

No existen límites de edad para ser asegurado bajo la presente póliza ni para la renovación de la misma, por lo que La Institución garantiza la aceptación de personas de cualquier edad.

SEXTA. - RESIDENCIA.

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidas por el presente seguro las personas que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a La Institución el lugar de residencia de cada uno de los Asegurados.

SÉPTIMA. - MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de La Institución, se efectuaran en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria Vigente.

OCTAVA. - PRIMAS.

La prima vence al inicio de cada período pactado y será el monto de la suma de las primas correspondientes a cada Asegurado perteneciente a la Colectividad Asegurada, en la fecha de inicio de cada vigencia, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha establecidas en la nota técnica que La Institución tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Contratante y La Institución, en la fecha de celebración del contrato.

El pago de primas será responsabilidad del Contratante, sin embargo, los integrantes de la Colectividad podrán contribuir al pago de esta en la proporción que se establezca en su caso en la carátula de la póliza.

El pago de primas se realizará en el domicilio de La Institución que aparece en la carátula de la póliza, mediante transferencia electrónica o mediante cargos en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de La Institución, o abonarlo en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán causas imputables al Contratante: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

Queda bajo la responsabilidad de La Institución, entregar al Contratante acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente del pago hasta en tanto La Institución no entregué al Contratante el recibo de pago respectivo.

NOVENA. - PERÍODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un término de 30 días naturales para liquidar el total de la prima anual o cada una de las fracciones de la misma, pactadas en el presente contrato. Durante este período sólo aplicará el Sistema de Reembolso.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las 12 horas del último día del término mencionado, si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual o de la fracción pactada.

DÉCIMA.- REHABILITACIÓN.

La póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Cláusulas Generales Octava.-Primas y Novena.-Período de Gracia, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado, pagando la prima anual de este seguro o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado, en el entendido que dicho pago deberá cubrir en su totalidad la(s) prima(s) vencida(s).

En la rehabilitación se conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerándose que la póliza tuvo vigencia ininterrumpida.

DÉCIMA PRIMERA. - ALTAS DE ASEGURADOS.

El Contratante entregará a La Institución la relación de los miembros que integren la Colectividad Asegurada y se obliga a dar aviso por escrito mensualmente de aquellos que se integren con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, La Institución cobrará una prima calculada en días exactos desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, La Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

Cuando La Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de esta Póliza quedarán cubiertos desde el momento de su nacimiento, siempre que se haya notificado a La Institución su inclusión, dentro de los 30 días naturales siguientes a esa fecha.

Si el Asegurado contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente Póliza desde la fecha de la celebración de este, siempre y cuando se notifique a La Institución dentro de los 30 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho.

En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Contratante lo notifique por escrito a La Institución, anexando copia certificada del acta de nacimiento o de matrimonio, según sea el caso.

DÉCIMA SEGUNDA. - BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de la póliza aquellos Asegurados que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a La Institución, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que la Institución reciba dicha notificación.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, La Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Institución a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Institución.

Causarán baja del seguro a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado que dejen de cumplir con la definición de **DEPENDIENTES ECONOMICOS** establecida en las presentes Condiciones Generales.

DÉCIMA TERCERA. -REGISTRO DE ASEGURADOS.

Con base en los datos proporcionados por “El Contratante”, adjuntando solicitudes y consentimientos firmados por cada uno de “Los Asegurados” y los avisos de Altas y Bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, La Institución elaborará un Registro de Asegurados para el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de la póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, la suma asegurada que le corresponda, el número de certificado individual que La Institución deberá expedir a favor de los Asegurados, y la fecha de inicio y terminación de la vigencia de los seguros para cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

Una copia autorizada de este registro será entregada a solicitud del Contratante

DÉCIMA CUARTA. - RENOVACIÓN

La póliza se renovará de forma automática por períodos de igual duración si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada período, el Contratante no notifica fehacientemente a CENTAURO su voluntad de no renovarla.

La Institución procederá a realizar la renovación de la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que a la fecha de vencimiento del contrato se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa, deducibles, obtenidos conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

La renovación deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar períodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, salvo lo previsto en el párrafo anterior. Asimismo, el nuevo contrato deberá prever un servicio de Red con una calidad, servicio y ubicación que sea similar a la originalmente contratada, de conformidad con los productos que estén registrados en ese momento ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

DÉCIMA QUINTA. - CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, La Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

DÉCIMA SEXTA. - RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN

El límite de responsabilidad a cargo de La Institución, ante el Contratante, el Asegurado y sus Dependientes económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en términos de la carátula de la presente póliza.

DÉCIMA SÉPTIMA. - INTERÉS MORATORIO.

En caso de que La Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al asegurado o a sus beneficiarios un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y,

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- I. a) Los intereses moratorios;
- II. b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- III. c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

DÉCIMA OCTAVA. - PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los 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 misma Ley.

Los plazos a que se refiere el párrafo anterior no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que CENTAURO haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización de un Evento, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

DÉCIMA NOVENA. - COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, 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. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa por parte de La Institución de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la 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 el citado juez.

VIGÉSIMA. - COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

VIGÉSIMA PRIMERA. - NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a La Institución por escrito, en su domicilio social. Las que La Institución deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento. Las notificaciones y comunicaciones que La Institución deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - VIGENCIA.

Esté contrato estará vigente durante el período pactado, que aparece en la carátula de la presente póliza. La vigencia para cada Asegurado se indicará en el certificado individual.

VIGÉSIMA TERCERA. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante mediante aviso dado a La Institución por escrito con 15 días de anticipación a la fecha en que cesará el contrato, devolviendo ésta última al Contratante, la prima pagada no devengada deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima, siempre y cuando no se hayan presentado reclamaciones por parte del Asegurado, caso en el cual se hará exigible el pago de la totalidad de la prima estipulada en la carátula de la póliza.

Se entiende por prima pagada no devengada el monto de la prima pagada que corresponde proporcionalmente al tiempo que falte de transcurrir de la vigencia del contrato, contado a partir de la fecha de baja o cancelación hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El Contratante podrá dar por terminada esta póliza con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito dado a CENTAURO, quien devolverá la prima pagada no devengada deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima. La devolución que proceda efectuar CENTAURO al Contratante, la realizará a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de Terminación del Contrato en las oficinas de CENTAURO.

2. La terminación del período de gracia sin que se hubiere efectuado el pago de prima vencida salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA CUARTA. – DERECHOS DE LOS PACIENTES.

La Institución se obliga a garantizar en la prestación del servicio que brinde a través de la Red de Ópticas, que se respeten al Asegurado y sus Dependientes los siguientes derechos:

Acceso: Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.

Respeto y dignidad: El trato al paciente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

**CONDICIONES GENERALES
VISIÓN SALUD 2018
COLECTIVO**

Privacidad y confidencialidad: Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Asimismo, la información deberá preservar la confidencialidad.

Seguridad personal: El individuo tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.

Identidad: El paciente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atiendan, y la persona responsable del equipo.

Información: El usuario tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

Comunicación: El enfermo tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

Consentimiento: El paciente no deberá ser sometido a ningún procedimiento, diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.

Consultas: El paciente tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

Negativa al tratamiento: el paciente tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

Selección de médico y hospital: el paciente tiene derecho de seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

ANEXO I

PLANES VISIÓN SALUD 2018					
Coberturas del Plan	Acceso Fácil	Nivel 1	Básico	Standard	Plus
Examen Optométrico	Amparado	Amparado	Amparado	Amparado	Amparado
Prescripción	Amparado	Amparado	Amparado	Amparado	Amparado
Elección de un par de Anteojos o Lentes de contacto*:					
*Anteojos					
Armazón	Hasta la suma asegurada contratada	Hasta la suma asegurada contratada			
*Lentes de contacto					
Tipo	Suaves Devlyn (2 pares)	Suaves Devlyn (2 pares)	Suaves Devlyn (2 pares)	Suaves Devlyn (2 pares) o Frequent All Day (4 cajas)	Suaves Devlyn (2 pares) o Tórico Devlyn (1 caja) o Frequent All Day (4 cajas)
Suma Asegurada	\$700.00	\$700.00	\$700.00	\$1,100.00	\$1,500.00
Deducible	\$258.00 +IVA	\$129.00 +IVA	\$50.00 +IVA	\$75.00 +IVA	\$100.00 +IVA

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de noviembre de 2018 con el número CNSF-H0712-0051-2018/CONDUSEF-003409-04.