



Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores
Condiciones Generales del Servicio

CONTENIDO

1. Disposiciones Generales	3
2. Definiciones	4
3. Condiciones de los Servicios Médicos	5
4. Condiciones de Uso de Check Up Gratuito	11
5. Condiciones de Uso de Consultas de Especialidad Gratuitas	12
6. Condiciones de la Asistencia Funeraria	12
7. Resumen de las Condiciones Generales de los Seguros de Accidentes Personales	16
8. Resumen de las Condiciones Generales del Seguro de Vida	29
9. Resumen de las Condiciones Generales del Seguro de Intervenciones Quirúrgicas	29
10. Condiciones Plan Dental	30
11. Condiciones de Uso Club de Descuentos TDConsentido	31
12. Qué Hacer en Caso de Requerir el Servicio	31
13. Uso de Datos Personales.	32
14. Declaración Legal de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. de C.V.	32

1. DISPOSICIONES GENERALES

Vrim es una Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. S.A. de C.V. Para dar atención a sus clientes, OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. gestionará y coordinará los Servicios previstos a través de una red de profesionales y Proveedores calificados, cuya vigencia y aplicación estarán sujetas a las Cláusulas, Términos, y Exclusiones de estas Condiciones Generales que se describen a continuación.

A. ÁMBITO TERRITORIAL

Los Servicios mencionados en estas Condiciones Generales serán válidos dentro la República Mexicana, de acuerdo con la cobertura de la Red de Servicios y Proveedores de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

B. USUARIOS EN COBERTURA

Este Programa de salud brinda atención para el Usuario Titular (contratante del Programa).

Para la prestación de los Servicios de Médicos no hay ninguna restricción en cuanto al límite de edad ni condición actual de la salud para la contratación de este Programa. Los límites de edad sólo aplican para las Coberturas de Seguros y Asistencia Funeraria.

C. VIGENCIA DE LOS SERVICIOS.

Los Servicios de los planes proporcionados por OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. se prestarán desde su contratación y hasta su cancelación o término de la vigencia. El inicio de vigencia inicia 24 horas hábiles posteriores a la contratación verbal o por escrito de Vrim, y terminará en la fecha contratada, que podrá ser mensual o anual, según se acuerde en el momento de la contratación.

La finalización de la vigencia implicará automáticamente el cese de todos los Servicios por lo que no podrán solicitarse con posterioridad a la vigencia del Programa.

2. DEFINICIONES

Siempre que se utilicen los términos definidos a continuación, tendrán el significado que aquí se les atribuye.

Usuario: Significa cualquier persona(s) física(s), que adquiera(n) voluntaria y expresamente Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim, que se encuentra al corriente de pagos y por lo tanto goza de todos las prestaciones y beneficios del mismo.

Fecha de Alta: Día a partir del cual el Cliente ha aceptado verbal u autógrafamente la contratación Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim.

Fecha de Cobertura: Es el tiempo de vigencia a partir de la fecha en que el Usuario Titular acepta la contratación de Vrim, y hasta la terminación de la misma, que puede ser por 12 (doce meses) o 30 días. El término se especificará en el momento de la compra.

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, hasta en un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de dicho acontecimiento, o bien, que produzca su fallecimiento y este ocurra hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a tal acontecimiento.

Asegurado: Persona física con derecho a utilizar los beneficios del seguro.

Beneficiario: Persona designada como tal, con derecho a reclamar algún beneficio cubierto en esta póliza.

Ambulancia Tipo II: Unidad funcional de soporte básico de vida, equipada para el traslado de emergencias y Urgencias de pacientes desde el lugar del siniestro hasta los centros asistenciales, manteniendo al paciente oxigenado, vías respiratorias despejadas o canalizado con soluciones.

Costo preferencial: Costo que es aplicable al servicio que tendrá que pagar el Usuario final al Proveedor, el cual contiene el descuento estipulado entre el Proveedor y OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

Emergencia Real o Urgencia Médica Real: condición patológica de carácter súbito y repentino o accidente que pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de los órganos o la integridad del Usuario.

Enfermedad: Toda alteración de la salud (dolencia, padecimiento o patología).

Enfermedad grave: Es una alteración de la salud que implique hospitalización y que, a juicio del equipo médico de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. conlleve riesgo de muerte.

Proveedor(es): Profesionales u operarios autorizados por OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. debidamente capacitados para dar atención a las diversas coberturas estipuladas para Vrim.

OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.: Significa la sociedad mercantil OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. de C.V. encargada de operar y proveer todos los servicios Vrim.

3. CONDICIONES DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Los Servicios Médicos de la Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim, están detallados en las siguientes descripciones, serán coordinados, operados y brindados por OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

a) **Consulta y Orientación Médica Telefónica y por Video-consulta.**

Este servicio consiste en brindar consultas y orientación médica telefónica o por video-consulta, de manera ilimitada las 24 horas, los 365 días del año, sobre temas de salud en general que pudiera tener el Usuario:

- Consultas médicas con médicos generales, lo cual incluye la prescripción de receta médica en formato digital en caso de serlo necesario.
- Expediente Electrónico de cada Usuario que haya solicitado la atención médica.
- Emergencias médicas y primeros auxilios.
- Reacciones adversas a algún medicamento.
- Información sobre efectos secundarios y contraindicaciones de medicamentos.
- Recomendaciones higiénicas.
- Consultas sobre evaluación de distintos tratamientos (efectos y evolución).
- Orientación en primeros auxilios.
- Información general sobre enfermedades.
- Orientación sobre especialidades médicas.
- Valoración y recomendación de la necesidad de consulta de un médico a domicilio.
- Coordinación y envío de ambulancia a servicios de urgencia y emergencia médica con costo preferencial.
- Información sobre servicios de apoyo diagnóstico (pruebas diagnósticas).
- Interpretación de estudios de laboratorio.
- Pruebas diagnósticas adicionales de acuerdo al padecimiento con precio preferencial (servicio a domicilio según disponibilidad).
- A solicitud del Usuario resurtido periódico de recetas a domicilio con tarifa preferencial, en las zonas de cobertura disponibles.
- Programas de rehabilitación para atención de secuelas, con precio preferencial.

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada.

OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. no será, en ningún caso, responsable de las acciones u omisiones del Usuario ya sea Titular o Beneficiario en cuanto a las consultas y seguimiento de los asesoramientos médicos que se les preste, limitándose a responder a cuestiones planteadas por el Usuario de acuerdo con la información que éste le ha proporcionado. Cuando la asesoría derive de una situación clínica de Urgencia Médica Real, el equipo médico de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. coordinará el envío de una ambulancia con tarifa preferencial para el traslado del Usuario al lugar a



donde este último determine como el Hospital adecuado para su atención, o bien se coordinará una visita domiciliaria al Usuario por parte de un médico. (Consulte el apartado de “Envío y coordinación del servicio de ambulancia gratuito” para conocer más de este servicio, alcance y restricciones).

El número de consultas y orientaciones médicas telefónicas o por video-consulta es ilimitadas mientras el servicio esté vigente.

b) Referencias médicas a nuestra red de médicos especialistas a nivel nacional

OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. proporcionará referencia de nuestra red médica de manera ilimitada y dentro de la República Mexicana.

- **Consultas con Médicos de Primer Contacto:** En caso de que el Usuario requiera atención médica de primer contacto sobre una patología sencilla que se pueda resolver en un consultorio, podrá tener acceso a las siguientes especialidades: Médico General, Pediatría y Ginecología. Las consultas estarán al alcance y por cuenta del Usuario a costos de \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos).
- **Consultas con Médicos Especialistas:** En caso de que el Usuario requiera atención médica para la atención de patologías específicas de algún órgano o sistema se le proporcionará la referencia de algún médico especialista en donde el usuario tendrá acceso a todas las especialidades a costos tabulados de \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos) por cuenta del Usuario.

El número de eventos es ilimitado y el Usuario deberá pagar la cuota correspondiente de cada visita, directamente al médico que esté proporcionando el servicio. El Usuario podrá solicitar este servicio en cualquier parte de la República Mexicana que se encuentre al momento de su solicitud.

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada.

c) Referencias médicas a nuestra red de Proveedores de servicios médicos a nivel nacional

OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. proporcionará referencia de Proveedores de servicios médicos en más de 4,000 establecimientos afiliados, en 250 cadenas de prestigio, y en 240 ciudades de la República Mexicana, de manera ilimitada y dentro de la República Mexicana. Esta red incluye descuentos desde el 5% y hasta el 50% en:

- Red de laboratorios y gabinetes con servicio de imagenología
- Clínicas y hospitales
- Aparatos ortopédicos
- Aparatos auditivos
- Enfermeras y cuidadores
- Clínicas y hospitales

- Rehabilitación
- Equipo médico
- Cuidados en casa (Homecare).

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada.

d) Red visual.

El Usuario tendrá derecho por parte de la Red de Proveedores y técnicos de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. a los siguientes servicios de Tratamiento integral de los defectos visuales y de enfermedades crónico-degenerativas de los ojos:

Descuentos en:

- Oftalmología: Acceso a todas las especialidades y subespecialidades.
- Hospitales oftalmológicos
- Promociones en cirugías
- Ópticas
 - Armazones y lentes oftálmicos graduados a precio preferencial
 - Reposición de lentes a precio preferencial
 - Descuento en conceptos no cubiertos.

- El número de eventos es ilimitado y el usuario deberá pagar el costo del producto o servicio correspondiente de cada compra, directamente al proveedor médico que esté proporcionando el servicio.

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada.

e) Red dental.

El Usuario tendrá derecho por parte de profesionales y Proveedores dentales de la red de odontólogos de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. a los siguientes servicios con costo preferencial y de manera ilimitada de Servicios dentales preventivos, correctivos y estéticos:

- Consulta, (previa cita) ya sea preventiva o diagnóstica, comprende la realización de la historia clínica, valoración y técnica de cepillado.
- Consulta Oral y Servicio de Emergencia (dolor agudo)
- Evaluación Detallada (diagnóstica y de control).
- Radiografía periapical (diagnósticas).

- Profilaxis en Adultos.
- Instrucción sobre higiene Oral e información Nutricional.
- Tratamientos, de hasta el 30% sobre los precios establecido por el profesional.
- Precios preferentes en 160 tratamientos
- Coordinación de Emergencia Dental.
- El número de eventos es ilimitado y el usuario deberá pagar el costo del servicio correspondiente de cada visita, directamente al proveedor médico que esté proporcionando el servicio.

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada.

f) Asesoría Nutricional

Orientación telefónica y/o por video-consulta a pacientes para mejorar su estilo de vida y condiciones de salud con programas enfocados en:

- Fase de diagnóstico
- Fase de valoración con estudios de laboratorio
- Fase de seguimiento

El servicio se otorgará en los horarios acordados en cada programa y conforme a la disponibilidad de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

g) Asistencia Emocional

Orientación telefónica y/o por video-consulta para:

- Apoyo emocional para niños mayores de 8 años y adolescentes
- Manejo de relaciones interpersonales
- Manejo de estrés
- Ansiedad
- Anorexia y otros trastornos alimenticios
- Confinamiento
- Duelo
- Relaciones destructivas
- Depresión Postparto

El servicio se otorgará en los horarios acordados en cada programa y conforme a la disponibilidad de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

h) Medicamentos con precio preferencial:

El Usuario tendrá acceso de manera ilimitada al surtido en línea de medicamentos generales, de alta especialidad y genéricos con entrega a domicilio en cualquier parte de la República Mexicana con tarifas preferenciales, en 48 horas, así como referencias de farmacias con precios preferenciales. Este servicio deberá de ser acordado y pagado directamente por el Usuario previo acuerdo con el Proveedor.

i) Envío y coordinación del servicio de ambulancia gratuito*

En caso de que el Usuario presentara una Emergencia Real o Urgencia Médica Real por accidente y/o enfermedad grave, y necesite el traslado en ambulancia terrestre, podrá solicitar a consideración (Autorización) del equipo médico de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V., mediante llamada telefónica las 24 horas al día, los 365 días del año el envío de una ambulancia gratuita al domicilio indicado y hasta el centro hospitalario más cercano (hasta un radio máximo de 20 kilómetros a la redonda). Este Servicio se proporcionará con el límite de eventos de acuerdo al plan contratado, durante la Fecha de Cobertura mientras el servicio esté vigente. El servicio se llevará a cabo en Ambulancia tipo II, si fuera requerida una distancia mayor a ese rango de distancia, tendrá un costo que se le hará saber al Usuario para su aceptación y pago correspondiente.

El excedente de los 20 Kilómetros a la redonda, será catalogado como Traslado Foráneo. En estos casos se informará al solicitante el costo del servicio en la misma llamada y solo bajo su aprobación, será coordinado el servicio.

Se excluye el servicio para la atención de cualquier padecimiento sospechoso de ser positivo a COVID-19 o Enfermedad Respiratoria Aguda relacionada con COVID-19. Para dichos requerimientos, ofrecemos a nuestros clientes, el servicio de coordinación de ambulancia con costo preferencial, a través de los proveedores que cuenten con el servicio de traslado seguro, el cual está sujeto a disponibilidad (debido a la emergencia sanitaria).

Para un mejor servicio de ambulancia, el Usuario debe definir con anticipación la institución médica a la que desea ser transportado, para poder resolver el problema del paciente. En caso de coordinación de ambulancia y si el paciente no es recibido en el hospital indicado por causas ajenas al Proveedor, iniciará el costo de tiempo de espera con los costos establecidos por el Proveedor, dicho costo será cubierto por el Usuario. En todos los casos en los cuales el Usuario solicite el traslado a una institución médica que no lo reciba por causas atribuibles al paciente, el pago del traslado secundario a una nueva institución médica será responsabilidad del solicitante del Usuario, y será cargada con el costo preferencial que se tiene convenido vigente y previamente acordado con el Proveedor, sin otro beneficio.

Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la región solicitada solicitada*

j) Envío y coordinación de médico a domicilio*

En caso de que el Usuario sufriera una enfermedad y la situación pueda resolverse en el domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico hasta su ubicación, sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V.

El número de eventos es ilimitado y el Usuario deberá pagar una cuota por servicio desde \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos) correspondiente de cada visita, directamente al médico que esté proporcionando el servicio. (Esta cuota podrá variar de acuerdo de las condiciones del servicio zona geográfica y horario). Este servicio será coordinado previa aceptación del Usuario, de no aceptarse el costo del servicio por parte del Usuario, no se prestará la atención médica.

En el caso de Coordinación de médico a domicilio, SE EXCLUYE la atención de cualquier padecimiento sospechoso de ser positivo a COVID-19 o “Enfermedad Respiratoria Aguda” relacionada con COVID-19. Para dichos requerimientos, ofrecemos a nuestros clientes, el servicio de coordinación de médico a domicilio con costo preferencial, a través de los Proveedores que cuenten con el servicio de atención segura, el cual está sujeto a disponibilidad por la emergencia sanitaria.) y el precio a cubrir por el Usuario será desde \$2,000.00 (dos mil pesos).

*Aplican restricciones de acuerdo con la existencia y/o disponibilidad de proveedores en la plaza solicitada.

k) Servicio de Concierge Médico

Para utilizar este servicio, el Usuario puede consultar la red de médicos y de Proveedores llamando a los teléfonos de servicio de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V., solicitando la ayuda del Concierge Médico. El servicio que se ofrece es el siguiente:

- Ubicar a los médicos especialistas o a los proveedores médicos que el Usuario requiere.
- Concertar sus citas médicas.
- Llamadas de recordatorio al Usuario 48 horas antes.
- Llamadas de seguimiento para evaluar el servicio.
- Verificar el uso y temporalidad de los cupones de descuento y otras promociones.

l) Exclusiones de los Servicios Médicos.

Serán causas excluyentes de los Servicios de Asistencia:

- Cuando el Usuario cause o provoque intencionalmente un hecho que dé origen a la necesidad de prestación de cualquiera de los Servicios.
- Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia médica.
- Cuando el Usuario no acredite su personalidad como Cliente Activo del servicio de asistencia.
- Cuando el Usuario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales.
- Quedan excluidos los Servicios cuando sean derivación directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
- Efectos patológicos, por el consumo en cualquier forma de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales ingeridos en exceso (salvo prescripción médica) o ilegales.
- Cualquier percance intencional, así como la participación en actos criminales.
- El pago o reembolso de cualquier tipo de medicamento.
- Anestesia general o sedaciones.
- Gastos hospitalarios.
- Complicaciones que surjan durante o después del tratamiento por negligencia del paciente a las indicaciones del médico tratante.
- El servicio no implica el pago ni el reembolso de gastos por parte del prestador de servicios al Usuario.
- OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas especiales del lugar en que deban prestarse los Servicios de asistencia.

4. CONDICIONES DE USO DEL CHECK UP GRATUITO

El Usuario anualmente tendrá derecho a 1 (un) evento sin costo de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

- Química sanguínea de 6 elementos
- Biometría hemática
- Examen general de orina

Para utilizarlo deberá llamar al servicio de Concierge Médico de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. para conocer los laboratorios de la red de Proveedores, en donde podrá solicitar esta prestación. Los resultados

obtenidos en este Check Up podrán ser interpretados por OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. y servirán como referencia para seguimiento y asignación de algún tratamiento específico. En caso de no utilizar el servicio, el costo no será reembolsable.

5. CONDICIONES DE USO DE CONSULTAS DE ESPECIALIDAD GRATUITAS

Servicio disponible únicamente para tarjetas Vrim Black y Platino.

- ELITE: 2 consultas de especialidad dentro de nuestra Red Médica sin costo.
- PLATINO: 1 consulta de especialidad dentro de nuestra Red Médica sin costo.
- Para utilizar este beneficio, es indispensable coordinar y agendar la cita a través de nuestro Concierge Médico.

6. CONDICIONES DE LA ASISTENCIA FUNERARIA

Una vez que alguno de los familiares del Usuario hable servicio de Concierge Médico, OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V. para solicitar el servicio funerario, verificará que el Usuario se haya encontrado activo al momento de su fallecimiento y de ser el caso, autorizará la solicitud de prestación de la Asistencia Funeraria.

Se verificarán los Documentos Oficiales requeridos para un servicio funerario típico, es decir, identificación oficial y certificado de defunción.

El servicio funerario se otorgará en las funerarias que elija el solicitante de entre las que tienen convenio con la red contratada por OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V.

Los servicios funerarios a que se refiere el presente Convenio consistirán en lo siguiente:

Para Inhumación

**Asesoría y coordinación vía telefónica.*

- Recolección del cuerpo.
- Servicio de Embalsamado.
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación. El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional
- Ataúd Metálico.
- Gestión de trámites.
- Traslado en carroza para inhumación.
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- Servicio de tanatología.
- En área metropolitana es en directo, para el interior de la República la consulta es telefónica.

Para Cremación

**Asesoría y coordinación vía telefónica.*

- Recolección del cuerpo.
- Ataúd para velación.
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación. El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional
- Servicio de cremación.
- Una Urna.
- Gestión de trámites.
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- Servicio de tanatología.
- En área metropolitana es en directo, para el interior de la República la consulta es telefónica,

a) En caso de Inhumación:

- Recolección del cuerpo. Este servicio consiste en recolectar el cuerpo del lugar de fallecimiento o Servicio Médico Forense (SEMEFO) y trasladarlo a una agencia funeraria dentro del perímetro del municipio, delegación o zona conurbada de la localidad con una distancia máxima de 50 kms., siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- Servicio de Embalsamado.-El servicio de embalsamado se entiende como el proceso mediante el cual, el cuerpo del fallecido es sometido a intervenciones hechas por especialistas con el fin de no retrasar el proceso de descomposición debido a un traslado o a una velación.
- Ataúd Metálico.- Se refiere al suministro de un receptáculo para restos mortuorios, para este caso en específico, dicho receptáculo tendrá como mínimo una lámina de calibre 22 (grosor) para mayor seguridad.
- Sala de Velación.- La sala de velación se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo hasta por un período de 24 horas. El servicio incluye una sala que tendrá una capacidad de hasta 30 personas en circulación. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por los familiares del fallecido, se llevarán a dicho domicilio los siguientes materiales: Pedestal para ataúd, 4 Cirios (de cera o eléctricos según disponibilidad), 4 candeleros y un Crucifijo (si el solicitante lo requiere).
- Traslado en Carroza de Cortejo.- Se refiere al traslado del cuerpo del lugar de velación hasta el panteón o cementerio en donde se vaya a inhumar el cuerpo, mismo que será dentro del perímetro del municipio, delegación o zona conurbada de la localidad con una distancia máxima de 50 kms.

- Gestión de Trámites.- Se refiere a realizar los trámites y permisos necesarios ante Registro Civil y Secretaría de Salubridad para llevar a cabo el servicio mortuario. En la Secretaría de Salubridad se tramitarán los permisos de traslado del cuerpo y el pago de derechos correspondientes. En el caso del Registro Civil, se tramitará el Certificado de defunción (sin validez oficial). No se incluyen declaraciones ministeriales en las que los familiares tengan que presentarse, ni la obtención del certificado de defunción y Acta de defunción Certificada.
- Casos Legales.- Se consideran casos legales aquellos en los cuales el Ministerio Público interviene. Las principales causas de fallecimiento por las que el Ministerio Público actúa son: Muerte Violenta, Suicidio, fallecimiento en la vía pública, accidente. El Ejecutivo de Asistencia asesorará y explicará al cliente el proceso que por ley deberá seguir para la liberación del cuerpo del finado del Servicio Médico Forense, que entre otros son: reconocimiento del finado, declaraciones ministeriales, necropsia, obtención del Certificado de Defunción en SEMEFO y liberación del finado (Dichos pasos podrán variar dependiendo de la legislación vigente de cada entidad federativa).

b) En caso de Cremación:

- Recolección del cuerpo. Este servicio consiste en recolectar el cuerpo del lugar de fallecimiento o Servicio Médico Forense (SEMEFO*) y trasladarlo a una agencia funeraria dentro del perímetro del municipio, delegación o zona conurbada de la localidad con una distancia máxima de 50 kms., siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- En casos de muerte legal solamente se podrá cremar el cuerpo si los familiares directos del fallecido lo solicitan y exista autorización por parte del Ministerio Público.
- Arreglo Estético del Cuerpo.- El cual consiste en maquillar el cuerpo con el objeto de mejorar su imagen.
- Ataúd para Velación.- Se refiere a un ataúd, que será utilizado únicamente durante la velación del cuerpo, y que se reintegrará a la funeraria al momento de realizar la cremación.
- Sala de Velación.- La sala de velación se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo hasta por un período de 24 horas. El servicio incluye una sala que tendrá una capacidad de hasta para 30 personas en circulación. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por los familiares del fallecido, se llevarán a dicho domicilio los siguientes materiales: Pedestal para ataúd, 4 Cirios (de cera o eléctricos según disponibilidad), 4 candeleros y un Crucifijo (si el solicitante lo requiere).
- Servicio de Cremación.- Se refiere al proceso mediante el cual un cuerpo es sometido a temperaturas suficientes para reducirlo a cenizas.

- Traslado en Carroza al horno crematorio.- En caso de que la Agencia Funeraria donde se realice la velación no cuente con horno crematorio propio o no esté disponible, la Agencia Funeraria gestionará y realizará el traslado del cuerpo al horno crematorio próximo, los horarios de cremación estarán sujetos a la demanda del horno crematorio.
- Urna para Ceniza.- Se refiere al suministro de un receptáculo mortuorio especial para alojar cenizas.
- Gestión de Trámites.- Se refiere a realizar los trámites y permisos necesarios ante Registro Civil y Salubridad para llevar a cabo el servicio mortuorio. En Salubridad se realizará el asentamiento del Certificado de defunción. En el caso del Registro Civil se tramitarán los permisos de traslado del cuerpo, el pago de derechos, boleta de cremación y asentamiento del Acta de defunción (sin validez oficial). No se incluyen declaraciones ministeriales en las que los familiares tengan que presentarse, ni la obtención del certificado de defunción y Acta de defunción Certificada.

c) En ambos casos, también tendrán derecho a:

- Servicio de Tanatología: Se brindarán hasta dos sesiones con un especialista. El objetivo es ofrecer una guía de apoyo que ayudará al familiar a entender el proceso de duelo en el que se encuentra. Cada asesoría tiene una duración de 55 minutos aproximadamente y se otorgará de manera presencial siempre y cuando en la localidad donde se solicite la asistencia lo permita, en caso contrario la asistencia será vía telefónica. En el caso de la asistencia presencial el solicitante deberá acudir al consultorio designado por OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V., la(s) cita(s) será(n) coordinada(s) entre el solicitante y el Concierge Médico de OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V. La asistencia tanatológica podrá ser solicitada una vez que haya sido otorgado el servicio de asistencia funeraria.
- Asesoría Testamentaria: Una consulta telefónica en materia testamentaria con un notario y/o abogado especialista, no incluye trámites, ni honorarios de abogados o notarios.

d) Periodo de espera y servicios especiales:

- Para los Usuarios a 70 (setenta) años de edad y más, se considerara un periodo de espera de 90 días. Lo anterior exceptuando que la causa de muerte sea accidental, para lo cual no se considera este periodo.
- Cualquier servicio adicional al servicio funerario establecido para la atención de un empleado de “EL CONTRATANTE” o su beneficiario como mejora de producto a lo establecido en el servicio funerario, será producto de una negociación directa entre LA FUNERARIA y los familiares del

difunto, quedando eximido OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V. y su Red de Proveedores de la responsabilidad de pago por dichos servicios adicionales.

- OPERADORA MÉDICA VRIM, S.A. de C.V. no brindará el servicio cuando no se cumpla una de las siguientes condiciones:
 - Que no se encuentre en la base de datos el nombre de la persona para la que se solicita el servicio.
 - Que el cliente no tenga la documentación solicitada al Usuario.
 - Que el cliente solicite el servicio después de haberlo contratado por cuenta propia.
 - No se harán reembolsos por gastos que el solicitante haya realizado por su cuenta.

7. RESUMEN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES

Las coberturas y sumas aseguradas dependen de la Tarjeta Vrim Contratada.

COBERTURAS DE SEGURO INCLUIDAS	ELITE	PLATINO	BLACK	CLASICA
Muerte accidental (12 a 70 años)	\$500,000	\$500,000	\$200,000	\$110,000
Pérdida de miembros por accidente (Escala B) (0 a 70 años)	\$200,000	\$200,000	\$30,000	\$30,000
Reembolso de gastos médicos por accidente Sin límite de eventos, sin deducible. (0 a 70 años)	\$50,000	\$50,000	\$20,000	\$20,000
Reembolso de gastos funerarios por accidente (0 a 70 años)	-----	-----	\$30,000	\$30,000

- a) Definiciones para las Coberturas de Seguros provistos por Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa:

Accidente.- Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, hasta en un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de dicho acontecimiento, o bien, que produzca su fallecimiento y este ocurra hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a tal acontecimiento.

Accidente Cubierto.- Accidente que ocurra dentro de la vigencia del certificado individual del Asegurado afectado que derive exclusivamente de las actividades llevadas a cabo en cualquiera de los supuestos descritos en la cláusula Objeto del Seguro de estas condiciones generales. Se considerarán dentro de un mismo Accidente Cubierto todas las alteraciones, recaídas y complicaciones resultantes del mismo acontecimiento, así como las secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico recibido por el Asegurado en virtud del Accidente Cubierto.

Asegurado.- Cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

Beneficiario.- Persona designada como tal, conforme más adelante se establece, con derecho a reclamar algún beneficio cubierto en esta póliza.

- Por lo que respecta a la cobertura básica de Muerte Accidental, se designa como Beneficiario al cónyuge del Asegurado o a su concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.
- Para la cobertura adicional de Gastos Funerarios por Accidente, se designa como Beneficiario a los padres del Asegurado por partes iguales.
- Tratándose de las demás coberturas, el Beneficiario será el Asegurado y en caso de su fallecimiento, se designa como Beneficiario a su cónyuge o concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.
- A falta de los Beneficiarios mencionados en los párrafos anteriores, el importe que corresponda se pagará a la sucesión legal del Asegurado. En cualquier momento el Asegurado podrá designar, sustituir y/o revocar a sus Beneficiarios, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra. Para tales efectos, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s). Una vez que la Compañía reciba la designación de Beneficiarios, emitirá el Endoso en el que se haga constar tal designación.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga el importe de lo procedente con base en la designación de Beneficiario(s) más reciente, realizada conforme a lo previsto en esta definición.



Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno antes que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a la de los supervivientes, salvo estipulación en contrario por parte del Asegurado o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) Beneficiario(s).

“Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

Colectividad Asegurada.- 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 de este contrato de seguro, y que satisfagan los requisitos que establece esta póliza para ser Asegurados, quedando inscritos en el registro de Asegurados.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por cualquier causa sean inscritas en el registro de Asegurados de esta póliza, por lo que el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las primas pagadas correspondientes a tales personas. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

Compañía.- Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Contratante.- Persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza y en el correspondiente certificado individual, responsable ante la Compañía de pagar la prima de esta póliza.

Deducible.- Cantidad fija a cargo del Asegurado, señalada en el certificado individual de esta póliza, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Accidente Cubierto. Una vez que dichos gastos han rebasado esta cantidad, comienza la obligación de pago de la Compañía.

Diagnóstico.- Conclusión del análisis clínico realizado por un Médico sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto en esta póliza.

Endoso.- Documento emitido por la Compañía que forma parte de esta póliza, mediante el cual se modifican los términos de la misma.

Endoso de auto-administración.- Endoso mediante el cual se estipulan los procedimientos administrativos y operativos de esta póliza en lo referente a movimientos de alta o baja de Asegurados



que realizará el propio Contratante. Este Endoso operará únicamente si en la carátula de esta póliza se indica que la misma se encuentra sujeta al Endoso de auto-administración.

Enfermero.- Persona dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de Médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de tal actividad.

Hospital.- Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y con Enfermeros las 24 (veinticuatro) horas del día. Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización.- Estancia continua en un Hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable, para la atención de un Accidente Cubierto. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Indemnización.- Monto que la Compañía pagará por cada Accidente Cubierto en esta póliza.

Médico.- Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, que puede ser Médico general o Médico especialista certificado por la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de la especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo o colegio de la especialidad de que se trate.

Reembolso.- Sistema mediante el cual la Compañía pagará los gastos cubiertos efectuados dentro de los Estados Unidos Mexicanos por la atención médica del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto. Los gastos médicos cubiertos cuyo Reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o al Beneficiario según el caso.

Suma Asegurada.- Límite máximo de responsabilidad de la Compañía. Ésta se encuentra señalada en el certificado individual de esta póliza y es aplicable por cada Accidente Cubierto.

b) Objeto del Seguro

Este seguro ampara los Accidentes Cubiertos de acuerdo a las coberturas contratadas durante la vigencia de la póliza, siempre que éste se produzca dentro de alguno de los inmuebles del Contratante, o en el ejercicio o con motivo de cualquier actividad ordenada y/u organizada por el Contratante o durante el traslado directo del domicilio del Asegurado afectado a dichos inmuebles o actividades, o de éstos a aquel. Quedan amparados bajo esta póliza todas las personas que conforman la colectividad y que se encuentren en servicio activo.

c) Coberturas

- Muerte Accidental. Si a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura. No aplica Deducible.
- Pérdida de Miembros por Accidente. De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, si a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado perdiera alguno de sus miembros y esto sucediera hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza, que corresponda de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla de Indemnizaciones	Escala "A"	Escala "B"
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	0%	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	0%	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	0%	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	0%	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	0%	5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	0%	30%
Pérdida de la audición total de ambos oídos	0%	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	0%	15%

No aplica Deducible.

d) Exclusiones aplicables a las coberturas de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros por Accidente

Se excluye de las coberturas de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros por Accidente, el fallecimiento o la Pérdida de Miembros que deriven de:

- Cualquier acontecimiento no accidental o bien por el acto deliberado del propio Asegurado de provocarse la muerte o lesión, incluyendo sus alteraciones, recaídas y complicaciones, así como las secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico recibido por el Asegurado.
- Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción, así



como los que ocurran cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad, a menos que no pueda imputársele culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.

- Accidentes que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.
- Accidentes ocurridos durante:
 - Una riña, cuando el Asegurado sea el provocador.
 - Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - La participación intencional del Asegurado en actos delictuosos.
 - La participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- El uso que haga el Asegurado de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, de manera profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por el uso de dichos vehículos.
- La práctica del Asegurado de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.
- El tiempo en que el Asegurado se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.
- La intervención del Asegurado en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión.
- El manejo que haga el Asegurado de explosivos y/o armas.
- Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.

e) Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si el Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto, realizara alguno de los gastos médicos descritos a continuación como Gastos Médicos Cubiertos, la Compañía le reembolsará el costo de los mismos hasta los límites que se señalan bajo ese mismo numeral. Aplica el Deducible señalado en el certificado individual de esta póliza.

Gastos Médicos Cubiertos

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente Cubierto, que por prescripción del Médico tratante sean

necesarios para su tratamiento y/o Diagnóstico y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos:

- Honorarios de Médicos y ayudantes, por intervención quirúrgica y/o consulta médica.
- Hospitalización: se cubre el costo de un cuarto privado estándar, con baño, atención general de enfermería, así como los medicamentos y alimentos proporcionados al Asegurado dentro del Hospital.
- El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estéticos, que resulten necesarios a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- Honorarios de Enfermeros a domicilio, con un máximo de 3 (tres) turnos por día, de 8 (ocho) horas cada turno y por un máximo de 30 (treinta) días naturales.
- Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, necesarios para el tratamiento de un Accidente Cubierto, para lo cual deberá anexarse la factura original de la farmacia y copia de la receta correspondiente.
- Estudios de laboratorio y gabinete: análisis de laboratorio, estudios con rayos X, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía o cualquier (cualesquier) otro(s) indispensable(s) para el Diagnóstico y/o tratamiento del Accidente Cubierto.
- Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros, u otras sustancias semejantes.
- Consumo de oxígeno.
- Renta de aparatos ortopédicos, cubiertos hasta por un 10% de la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura.
- Compra de prótesis dentales. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales necesarios a causa de un Accidente Cubierto, están amparados hasta por un 15% de la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura.
- Ambulancia terrestre para el traslado hacia o desde un Hospital, cubierto hasta por un 5% de la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura.
- Cama extra para un acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital.

f) Exclusiones aplicables a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Quedan excluidos de esta cobertura los gastos que deriven de cualquiera de los acontecimientos o Accidentes señalados en estas condiciones generales, así como los resultantes de:

- Aborto, cuando no sea a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- Situaciones, afecciones o complicaciones propias del embarazo, cesárea, parto, puerperio y legrado cualquiera que sea su causa.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente Cubierto.
- Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.
- Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica.
- Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos o preventivos y sus complicaciones, así como estudios de cualquier naturaleza para la comprobación o revisión del estado de salud conocidos por el nombre de check-up. Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al Asegurado que no estén directamente relacionados con el Accidente Cubierto que dio origen a la reclamación.
- Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.
- Tratamientos experimentales o de investigación.
- Rehabilitación no autorizada por la Compañía, así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.
- La compra de cama de enfermo o colchón especial.
- Honorarios Médicos o pago a proveedores cuando el Médico tratante o el proveedor sea el Contratante, el Asegurado o bien cuando tengan alguna de las siguientes relaciones familiares con el Asegurado o Contratante: padre, madre, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario, suegros, cuñados o primos en cuarto grado.
- Honorarios del Médico y los medicamentos que prescriba, cuando dicho Médico no cuente con acreditación de la especialidad que se requiera para el tratamiento.
- Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.
- Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.

- Reposición de prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente Cubierto, excepto aquellas que ameriten reposición demostrable y hubieren sido afectadas a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- Injertos óseos, autoinjertos, aloinjertos, xenoinjertos, variantes sintéticas, injertos aloplásticos y factores de crecimiento, así como el procedimiento quirúrgico para obtenerlo o implantarlo.

g) Gastos Funerarios por Accidente

Cuando esta cobertura aparezca amparada en el certificado individual de esta póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se indica en el certificado individual de dicha póliza, en caso de que ocurra el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de dicho certificado, a consecuencia de un Accidente Cubierto. No aplica Deducible.

h) Exclusiones de la cobertura de Gastos Funerarios por Accidente

Esta cobertura excluye los gastos funerarios por los conceptos señalados en “Exclusiones aplicables a las coberturas de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros por Accidente” de estas condiciones generales.

i) Edades de contratación para pólizas nuevas y edades de renovación

- Para la Cobertura de Muerte Accidental. La edad de aceptación para esta cobertura básica será a partir de los 12 (doce) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, renovándose hasta que el Asegurado llegue al aniversario en que alcance los 70 (setenta) años de edad.
- Para la Cobertura de Pérdida de Miembros por Accidente. Como cobertura básica: La edad de aceptación, así como de renovación para esta cobertura como básica, será a partir del año 0 (cero) y hasta los 11 (once) años de edad. Como cobertura adicional: La edad de aceptación así como de renovación para esta cobertura como adicional, será a partir de los 12 (doce) años y hasta los 70 (setenta) años de edad.
- Para la Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente. La edad de aceptación así como de renovación para esta cobertura adicional será a partir del año 0 (cero) y hasta los 70 (setenta) años de edad.
- Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. La edad de aceptación así como de renovación para esta cobertura adicional será a partir del año 0 (cero) y hasta los 70 (setenta) años de edad.

j) Reclamación de siniestros

Aviso. Es obligación de los Asegurados así como de sus Beneficiarios dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha en que tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de Indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones de este contrato, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro. La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

k) Pago de indemnizaciones

Los pagos de siniestros que resulten procedentes serán liquidados en las oficinas de la Compañía en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, toda vez que el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro ordena que se haga dentro de ese plazo.

Cuando la prima correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del término máximo para realizar su pago, la prima se descontará de la Indemnización.

Cuando se presente una reclamación de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe resultante se descontará el Deducible indicado en el certificado individual de esta póliza.

El total de las cantidades que pague la Compañía por Accidente Cubierto, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado y que haya estado en vigor al momento del siniestro, o en su caso, del primer gasto relacionado con el Accidente Cubierto. Este gasto debe estar amparado por una factura y/o recibo de honorarios con los requisitos fiscales vigentes a la fecha de su expedición.

En todos los casos en los cuales se incluya el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), la Indemnización comprenderá dicho impuesto, cualquier otro impuesto o gravamen se encuentra excluido.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para cada cobertura, el reclamante deberá



presentar a la Compañía un informe del (de los) Médico(s) que haya(n) atendido al Asegurado a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto le proporcione la Compañía, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el Diagnóstico del Accidente Cubierto.

Con la aceptación de esta póliza y del certificado individual correspondiente, el Asegurado y/o los reclamantes autorizan a la Compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los Médicos, Hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al Asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente, resumen clínico, notas, reportes y/o cualquier otro documento sobre su estado de salud.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o los reclamantes deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los Accidentes correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo, ya que así lo ordena el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Los teléfonos del módulo de atención 24 horas son los siguientes:

- Para la Ciudad de México y su Área Metropolitana: 5447 8089.
- Desde el interior de la República: 01 800 22 13 044 lada sin costo.

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o a sus Beneficiarios, siempre y cuando cumplan con los requisitos señalados en cada cobertura.

I) Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación al amparo de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, deberá contarse con un Diagnóstico definitivo y haberse cubierto el Deducible señalado en el certificado individual de esta póliza, en caso contrario éste se descontará del importe a indemnizar.

La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos siempre y cuando estos cumplan con lo descrito en la definición de "Médico".

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- Original del documento denominado "Aviso de Accidente o Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado, en el caso de los menores de edad, se requerirá la firma de alguno de sus padres, o tutor, en su caso.

- Original del documento denominado “Informe Médico” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. Tratándose de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga alguno de sus padres, o en su caso su tutor.
- Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.
- E) Original de las facturas y/o recibos de honorarios de los cuales se pretende su reembolso, mismos que necesariamente deberán contener en la expresión impresa (PDF) el Código bidimensional conforme al formato “QR” (Quick Response code, “código de respuesta rápida”) o entregar archivo “.PDF” con su respectivo archivo “.XML” y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la Indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F) Las facturas y recibos presentados deberán estar liquidados, por lo que la Compañía se reserva el derecho de solicitar al Contratante o Asegurado, cuando lo considere necesario, el comprobante de pago (voucher, estado de cuenta) que confirme la liquidación de los documentos fiscales; de no comprobarse el pago, la Compañía se reservará el derecho de indemnizar o no el siniestro.
- G) Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.

m) Cobertura de Muerte Accidental y de Gastos Funerarios por Accidente

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- Del Asegurado:
 - Copia certificada del acta de defunción.
 - Copia simple del certificado de defunción.
 - Copia certificada del acta de nacimiento.
 - Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

- Copia certificada de la(s) carpeta(s) de investigación completa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público o ante las autoridades que tuvieron conocimiento del fallecimiento que contengan por lo menos identificación del cadáver y resultado de la necropsia.
- Del reclamante:
 - Carta de reclamación.
 - Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
 - En caso, de que el reclamante sea el cónyuge del Asegurado, copia certificada del acta de matrimonio, si se trata de la concubina o del concubinario, copia certificada de la documentación que acredite el concubinato, si son los hijos del Asegurado, copia certificada de su acta de nacimiento y en el caso de los padres del Asegurado, copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
 - Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional)
 - Original de un comprobante de domicilio, con un máximo 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

n) Cobertura de Pérdida de Miembros por Accidente

- El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:
 - Original del documento denominado “Aviso de Accidente o Enfermedad” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado, en el caso de menores de edad, se requerirá la firma de alguno de sus padres, o tutor, en su caso.
 - Original del documento denominado “Informe Médico” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
 - Para Asegurados de 18 (dieciocho) años o más, original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante.
 - Para Asegurados menores de 18 (dieciocho) años, credencial y/o carnet de afiliación al IMSS o al ISSSTE o las credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales (SEP, Instituto Nacional de Migración), se requerirá la confirmación de identidad que haga alguno de sus padres, o tutor, en su caso.

- Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

8. RESUMEN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA

Aplica sólo para tarjetas Vrim Elite.

- La compañía de seguros pagará la suma asegurada contratada si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante la vigencia de la póliza y de su certificado individual
- Suma asegurada: \$200,000 pesos MN
- Edad de contratación de 12 a 70 años cumplidos
- Periodos de espera: En caso de muerte por enfermedades respiratorias: 120 días y COVID-19: 180 días.
- La compañía aseguradora no está obligada a pagar la suma asegurada en caso de muerte por suicidio durante el primer año de vigencia, sin importar la causa o su condición física o mental.

9. RESUMEN DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Aplica sólo para tarjetas Vrim Elite.

- Esta cobertura aplica en caso de sufrir un procedimiento quirúrgico
- Reembolso de hasta \$50,000 por procedimiento, 1 evento al año.
- Edad de contratación de 12 a 60 años cumplidos
- Es importante que la renovación de la tarjeta Elite (Plan Óptimo), se haga de manera ininterrumpida para no perder la antigüedad y eliminar los tiempos de espera.

	PROCEDIMIENTO CUBIERTO	TIEMPO DE ESPERA
1	Apendicitis	90 días
2	Divertículos en Colon	90 días
3	Nefrectomía (Extirpación Del Riñón)	90 días
4	Úlcera Duodenal	180 días

	(Lesión En La Porción Inicial Del Intestino Delgado)	
5	Úlcera Gástrica	180 días
6	Glaucoma	365 días
7	Hemorroides	365 días
8	Hernia Inguinal	365 días
9	Hernia Umbilical	365 días
10	Hiperplasia Prostática Benigna	365 días
11	Tumores Benignos	365 días

10.CONDICIONES DEL PLAN DENTAL

Aplica sólo para tarjetas Vrim Elite.

- Suma asegurada: Hasta \$10,000 anuales.
- Cubre 15 procedimientos
- Procedimientos cubiertos en adultos y niños: Diagnóstico, resina y recubrimiento en diente anterior y posterior de 1 a 3 caras, radiografía intraoral y profilaxis.
- Copago del 20% en resinas y radiografías, diagnóstico y profilaxis sin costo. Días de carencia: 30 días
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 1 cara
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 2 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 3 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 1 cara
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 2 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 3 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente anterior 1 cara
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente anterior 2 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente anterior 3 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente posterior 1 cara
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente posterior 2 caras
 - Restauración con resina fotopolimerizable con recubrimiento en diente posterior 3 caras
 - Radiografía intraoral periapical.
 - Consulta diagnóstica
 - Profilaxis por arcada copago 0%

11.CONDICIONES DE USO CLUB DE DESCUENTOS TDCONSENTIDO

Es el club de descuentos a nivel nacional, con más de 4,000 establecimientos comerciales de bienestar y esparcimiento, que ofrecen beneficios reales en 250 ciudades del país.

Puede consultarlos en nuestra página web o en nuestra app, o bien, llamado al área de Concierge Médico,

Para tener acceso a los descuentos únicamente debe:

- Mostrar membresía física o digital donde esté incluido el logotipo de TDConsentido
- Mostrar identificación oficial vigente
- En caso de algunos cupones, se deben presentar de manera física o digital para la redención de la promoción, o bien, mostrar el cupón para la lectura en sus instalaciones del código QR
- Cuando se trata de reservaciones, el cliente deberá comunicarse de manera directa con el proveedor a su centro de atención telefónica e indiquen el código o nombre de la promoción.

Para atender cualquier aclaración de servicio es indispensable que se cumpla el proceso correspondiente de registro, validación de queja e integración de reporte con datos específicos de la problemática para seguimiento y resolución del caso:

- Nombre del titular de la membresía y tipo de membresía
- Nombre del proveedor, sucursal, fecha y horario aproximado del suceso.
- Breve relato del suceso.
- Copia del ticket, factura o recibo de honorarios (según sea el caso) que funge como testigo de consumo o atención prestada por el proveedor.
- Se verifica la información con el proveedor y se lleva a cabo el reembolso o un nuevo beneficio para compensar al cliente

12.QUÉ HACER EN CASO DE REQUERIR EL SERVICIO VRIM

En caso de requerir Servicio de Asistencia Médica o Información, el Usuario deberá ponerse en contacto con el Centro Especializado de Salud Digital Cesdi de manera inmediata y antes de hacer uso de alguna cobertura a los siguientes números o enviando un correo electrónico:

A nivel nacional:
Correo Electrónico:

55 42 09 32 00
contacto@salud-interactiva.com.mx

El Centro Especializado de Salud Digital Cesdi de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V., opera las 24 horas del día, los 365 días del año.

13.USO DE DATOS PERSONALES

Al momento de otorgar su consentimiento para la contratación de la Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim, el Usuario otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales se recaben y traten en los términos establecidos en el aviso de privacidad de OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V., que se encuentra disponible en: www.saludinteractiva.mx/aviso.html

14.PROVEEDOR DEL SERVICIO

Declara OPERADORA MÉDICA VRIM S.A. DE C.V. que es el dueño del producto y marca de la Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim, y que:

- Que es una persona moral, debidamente constituida conforme a las leyes mexicanas.
- Que cuenta con la capacidad legal y técnica para la prestación de los servicios incluidos en la Tarjeta de Descuentos Médicos y Gastos Médicos Menores Vrim.
- Que tiene su domicilio fiscal ubicado en Culiacán #123, Colonia Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, CP 06170.
- Correo electrónico de contacto: contacto@salud-interactiva.com.mx
- Teléfonos de atención a clientes: **55 42 09 32 00**