



## SOLICITUD RECUPERA A TU MEDIDA

Los suscritos proponentes solicitamos a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. ("General de Salud"), nos sea expedida una póliza individual/familiar, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Salud, otorgamos los datos.

Fecha de solicitud | D | D | M | M | A | A | A | A

DATOS DEL CONTRATANTE							
Nombre(s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle		Número exterior		Número interior		Colonia	
Población o localidad		Estado Municipio o alcaldía		Código postal		Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular		Teléfono fijo con clave lada		Correo electrónico			
Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		Actividad o giro		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos
Relación con el solicitante titular				Nombre de representante legal o director o administrador			

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)							
Nombre(s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle		Número exterior		Número interior		Colonia	
Población o localidad		Estado Municipio o alcaldía		Código postal		Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular		Teléfono fijo con clave lada		Correo electrónico			
Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		Actividad o giro		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos

Complete la siguiente información de cada persona a considerar en el Plan

DATOS DE LOS SOLICITANTES					
No.	Parentesco	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	Sexo F/M	Fecha de Nacimiento	Domicilio
1	Titular				
2					
3					
4					
5					
6					
¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional dentro del gobierno federal, estatal o municipal en los últimos tres años, o bien, es cónyuge o dependiente económico de una persona con las funciones públicas señaladas? En caso afirmativo señale el cargo: _____					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## DATOS DE LA PÓLIZA

Llene las características del plan a contratar.

Inicio de Vigencia

D | D | M | M | A | A | A | A

INDEMNIZACIONES POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	Esquema de Suma Asegurada	_____ %	
	Número de Intervenciones quirúrgicas*	67 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>
	Número de Prótesis*	7 <input type="checkbox"/>	
	Número de Trasplantes*	5 <input type="checkbox"/>	

**\*Puede consultar en los anexos el listado de trasplantes, intervenciones quirúrgicas y prótesis.**

### FORMAS DE PAGO

Anual     Semestral     Trimestral   
 Mensual     Otro: \_\_\_\_\_

### MEDIOS DE PAGO

Ventanilla bancaria     Transferencia electrónica   
 Domiciliación     Página web   
 Call Center     Otro: \_\_\_\_\_

**CARGO A TARJETA DE CRÉDITO** No. de pagos \_\_\_\_\_

En caso de incumplir con el pago de la Prima será motivo de cancelación de la Póliza.

**“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”**

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Proporcione los datos de los(s) beneficiario(s). El total del porcentaje de participación deberá sumar entre todos los beneficiarios 100% por solicitante. En caso de que necesite más espacio para incluir a sus beneficiarios, deberá requisitar una hoja adicional

# Solicitante	Nombre completo o razón social del Beneficiario	Domicilio completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento o Acta Constitutiva	Participación (%)	Parentesco
			dd/mm/aaaa		

# Solicitante	Nombre completo o razón social del Beneficiario	Domicilio completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento o Acta Constitutiva	Participación (%)	Parentesco
			dd/mm/aaaa		

**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.

#### IMPORTANTE

La presente solicitud y en su caso, toda la documentación del contrato de seguro y sus disposiciones, respetan la dignidad y derechos fundamentales del solicitante, asegurados y de beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes. Con la aceptación de esta solicitud, los solicitantes confirmamos y reconocemos no encontrarnos en ninguno de los siguientes supuestos:

1) Tener o haber tenido vínculo alguno con la delincuencia organizada; 2) Haber sido sujetos a procedimiento legal o investigación por ilícitos relativos a delincuencia organizada o lavado de dinero, en territorio nacional o extranjero; 3) Haber estado nuestro nombre, alias o apodo, actividades, bienes a asegurar o nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con delincuencia organizada, lavado de dinero o financiamiento al terrorismo.

Reconocemos que, en caso de encontrarse en alguno de los supuestos anteriores, deberemos abstenernos de requisitar y firmar el presente formato. En caso de que, durante la vigencia de esta póliza, alguno de los solicitantes incurramos en cualquiera de los supuestos de vinculación con ilícitos referidos en el párrafo anterior, consentimos que tal situación será considerada como una agravación esencial de los riesgos amparados en el producto de seguro, conforme a las condiciones generales del mismo

Declaro que los recursos de la póliza que solicito no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a General de Salud para comprobarlos a su entera satisfacción. Declaro que no autorizo que terceros efectúen depósitos a mis pólizas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en los artículos 139 Quáter, 148 Bis, 148 Ter, 148 Quáter y 400 Bis del Código Penal Federal, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

## IMPORTANTE

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la solicitud de Seguro se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del solicitante, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por General de Salud.

Declaramos que la información contenida en esta solicitud ha sido otorgada de manera personal, es verídica y completa, e incluye todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación y aceptación del riesgo, tal y como los conocemos en este momento. Por lo tanto, reconocemos que cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, faculta a General de Salud para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Con la aceptación de esta solicitud, otorgamos nuestro consentimiento para ser incluidos en el Plan de Salud de General de Salud, y la autorizamos a que, para tales efectos, nos realice estudios médicos o de laboratorio, y requiera nuestros historiales clínicos, datos de salud, diagnóstico o rehabilitación, y en su caso, los solicite a otras personas facultadas para tener dicha información, tales como compañías de seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas, médicos, clínicas u hospitales, con el fin de la correcta evaluación de nuestra solicitud. Asimismo, autorizamos que, en caso necesario, a su vez General de Salud proporcione a otras aseguradoras del ramo, la información que se derive de esta solicitud, para los mismos efectos. Entendemos que dichas finalidades son legítimas y están contempladas en el aviso de privacidad de General de Salud, el cual hemos tenido a la vista, por lo que liberamos a General de Salud de toda responsabilidad por lo anterior. Finalmente, certificamos que la información proporcionada en este documento es completa y veraz a nuestro leal saber y entender, sabedores de que, en caso contrario, General de Salud podrá nulificar las coberturas del seguro.

Los solicitantes reconocemos que los padecimientos preexistentes quedarán cubiertos en la póliza únicamente de acuerdo con lo establecido en el apartado ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES de las Condiciones Generales que forman parte del contrato.

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a General de Salud para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato. Lo anterior, salvo que expresamente instruyamos lo contrario a General de Salud en esta solicitud.

### Favor de indicar el tipo de entrega:

Correo electrónico del contratante

Correo electrónico del asegurado

Física

Asimismo, autorizamos que dicho correo electrónico funja como medio de notificación para cualquier asunto relacionado con el presente seguro y sus siniestros, así como para proporcionar a General de Salud toda información que en su caso me sea solicitada.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aceptación del contratante

### INTERMEDIARIO

El Intermediario que suscribe, cuyo nombre y aceptación aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Intermediario manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Intermediario haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los Avisos de Privacidad de General de Salud y del propio Intermediario.

Nombre	Oficina o sucursal	Clave	Aceptación del Intermediario
Agente			
Promotor			

## DATOS UNE

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de General de Salud a los teléfonos 55 5270.8000 extensión 8883 y 8806, y del Interior de la República marca 800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo #266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico [atencionclientes@gsalud.com.mx](mailto:atencionclientes@gsalud.com.mx) o visita [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx).

## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

**I. Domicilio del responsable:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México. Dicho domicilio funge también para oír y recibir notificaciones.

### II. Finalidades necesarias y secundarias del tratamiento de los datos personales:

#### Finalidades necesarias:

1. Valuar de solicitudes de seguro, selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, sus renovaciones y la prestación de los servicios de asistencia incluidos, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, según sea aplicable.
2. Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de Seguro.
3. Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro; para remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de poder evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguramiento coaseguramiento y reaseguro.
4. Integrar los expedientes que exige la normatividad aplicable; combate y prevención de ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, y para cumplimiento normativo en general.

**Finalidades secundarias:** Promoción de los productos y servicios del responsable y de sus empresas filiales y controladoras; fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web [www.generaldesalud.mx/inicio/aviso-de-privacidad/](http://www.generaldesalud.mx/inicio/aviso-de-privacidad/), de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 horas del día, los 365 días del año.

---

Acepto Aviso de Privacidad y consiento tratamiento de datos, incluidos los sensibles, para las finalidades antes especificadas.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de abril de 2023, con el número CNSF-H0707-0059-2022/CONDUSEF-005563-03.**

# ANEXO

## 1. LISTADO DE TRASPLANTES

No.	Trasplante	Periodo De Espera	Suma Asegurada 100%
1	Médula Ósea	180	\$ 100,000
2	Corazón	180	\$ 200,000
3	Hígado	180	\$ 200,000
4	Riñón	180	\$ 100,000
5	Córnea	180	\$ 50,000

## 2. LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

**RECUPERA 67**

No.	Nomenclador	Módulo	Intervención Quirúrgica	Periodo de Espera	Suma Asegurada 100%
1	01.02.06	BVM00	Tratamiento Quirúrgico De Aneurisma (Cirugía Para Corrección De La Dilatación O Crecimiento De Un Vaso Sanguíneo)	60	80,000
2	01.02.10	BVM0	Excisión De Tumor Cerebral (Cirugía Para Extracción De Tumor)	60	60,000
<b>Intervenciones sobre los Nervios Periféricos</b>					
3	01.05.05	BVM2	Descompresión A Nivel Del Túnel Del Carpo (Liberación Del Nervio Mediano En La Articulación De La Muñeca)	60	20,000
<b>*OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISIÓN</b>					
<b>Operaciones en el Iris y Cuerpo Ciliar</b>					
4	02.05.01	BVM2	Tratamiento Quirúrgico Del Glaucoma (Presión Intraocular Aumentada)	60	20,000
<b>Operaciones en la Esclerótica y en la Retina</b>					
5	02.06.05	BVM3	Retinopexia - Diatermia - Crio, Fotocoagulación Con Láser (Desprendimiento De Retina Y/O Daño Ocular Por Diabetes)	60	10,000
<b>Operaciones en el Cristalino</b>					
6	02.07.03	BVM4	Capsulotomía (cristalino encapsulado)	30	5,000
7	02.07.04	BVM3	Extracción de catarata con implante de lente intraocular (cristalino opaco o nube)	60	10,000
<b>*OPERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS</b>					
<b>Operaciones en el Oído Medio</b>					
8	03.02.02	BVM2	Timpanoplastia (Cirugía De Tímpano)	60	20,000
<b>Operaciones en el Paladar y úvula</b>					
9	03.12.01	BVM2	Úvulo-Palatoplastia (Cirugía Del Paladar Blando O Duro)	60	20,000
<b>Operaciones en las Amígdalas, Adenoides y Faringe</b>					
10	03.13.01	BVM4	Amigdalectomía Y/O Adenoidectomía (Cirugía De Anginas)	30	5,000
<b>*OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO</b>					
<b>Operaciones Glándulas Tiroides y Paratiroides</b>					
11	04.01.03	BVM1	Tiroidectomía Total/Subtotal, Hemitireoidectomia (Cirugía De Tiroides)	60	30,000
12	04.01.06	BVMA	Punción Biopsia De Tiroides	30	1,000
<b>Operaciones en la Glándula Hipófisis</b>					
13	04.03.01	BVM1	Hipofisectomía Transeptoesfenoidal (Cirugía De Hipófisis)	60	30,000

**\*OPERACIONES EN LA MAMA**

14	06.01.01	BVM2	Mastectomía Radical (Extirpación Glandula Mamaria Completa Incluyendo Ganglios Axilares)	60	20,000
15	06.01.03	BVM3	Mastectomía Simple (Extirpación De Glandula Mamaria)	60	10,000
16	06.01.08	BVM4	Excisión Local De Lesión De Mama - Quiste, Fibroadenoma	60	5,000
17	06.01.09	BVM4	Cuadrantectomía (Extirpación Parcial De La Glandula Mamaria)	60	5,000

**\*OPERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**

<b>Operaciones En El Corazón y Pericardio</b>					
18	07.01.03	BVM3	Colocación De Marcapaso Definitivo.	300	10,000
19	07.01.05	BVM3	Cambio Generador De Marcapaso (Pila Del Marcapaso)	300	10,000
<b>Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea</b>					
20	07.02.03	BVM00	Reemplazo De Válvula Cardíaca	300	80,000
21	07.02.06	BVM00	Cierre De Defectos Auriculares O Ventriculares (Cirugía De Cavidades Del Corazón)	300	80,000
22	07.02.08	BVM00	Tratamiento Quirúrgico De Los Aneurismas De La Aorta (Cirugía Para Corregir La Dilatación De Grandes Vasos)	300	80,000
23	07.02.09	BVM00	Derivación By Pass - Coronario Único, Doble (Puente Coronario)	300	80,000
<b>Operaciones en Arterias y Venas de Miembros Inferiores y Superiores</b>					
24	07.06.07	BVM3	Fístula Arteriovenosa Periférica Para Hemodialisis (Comunicación De Arteria Y Vena Para Tratamiento De La Insuficiencia Renal)	60	10,000
25	07.06.12	BVM3	Safenectomía (Cirugía De Várces)	30	10,000
<b>Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea</b>					
26	07.08.01	BVM0	Angioplastia Transluminal Coronaria (Cirugía De Grandes Vasos Coronarios)	300	60,000

**\*OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN**

<b>Operaciones en la Pared del Abdomen, Peritoneo</b>					
27	08.02.03	BVM3	Hernioplastia (Inguinal, Crural, Epigástrica, Umbilical) Unilateral o Bilateral (Cirugía De Hernia)	60	10,000
<b>Operaciones en el Estómago</b>					
28	08.03.04	BVM4	Gastrotomía Como Única Operación (Comunicar El Estómago Con La Pared Abdominal)	60	5,000
<b>Operaciones en el intestino Delgado</b>					
29	08.04.03	BVM3	Enterotomía, Enterostomía Temporal O Definitiva	60	10,000
<b>Operaciones en el Colon y Recto</b>					
30	08.05.03	BVM1	Hemicolectomía Derecha O Izquierda (Extirpación De Intestino Grueso)	60	30,000
31	08.05.24	BVM2	Apendicectomía (Cirugía De Apéndice)	30	20,000
<b>Operaciones en el Ano</b>					
32	08.06.06	BVM3	Hemorroidectomía Con O Sin Fisura Anal (Extirpación De Hemorroides)	60	10,000
33	08.06.11	BVM3	Fistulectomía, Fistulotomía, Fisuroctomía, Cripectomía O Papilectomía (Defectos Del Recto Y Ano)	60	10,000
34	08.06.16	BVM4	Incisión O Drenaje De Absceso Perianal (Cirugía De Absceso Anal)	60	5,000
35	08.06.17	BVM4	Tratamiento Radical Del Absceso Perianal Con Resección (Cirugía Amplia Del Absceso Anal)	60	5,000

<b>Operaciones en Vías Biliares</b>					
36	08.07.08	BVM2	Colecistectomía (Cirugía De Vesícula)	300	20,000
<b>Operaciones en los Vasos y Ganglios Linfáticos</b>					
37	09.01.01	BVM3	Linfadenectomía Cervical, Axilar O Inguinal Radical (Extirpación De Cadenas Ganglionares)	60	10,000
<b>*OPERACIONES EN LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS</b>					
<b>Operaciones en el Riñón y Ureter</b>					
38	10.01.01	BVM1	Nefrectomía Total, Cualquiera Que Fuera La Vía Utilizada (Extirpación De Riñón)	60	30,000
<b>Operaciones en la Vejiga</b>					
39	10.02.12	BVM3	Tratamiento Quirúrgico De La Incontinencia De Orina	60	10,000
<b>Operaciones en la Próstata y Vesículas Seminales</b>					
40	10.04.01	BVM1	Prostatectomía Radical (Extirpación De Próstata, Incluye Ganglios)	60	30,000
41	10.04.04	BVM3	Resección Trans-Uretral De Próstata (Por Endoscopia)	60	10,000
42	10.05.04	BVM3	Orquidopexia Unilateral (Descenso Testículo Unilateral)	60	10,000
43	10.05.05	BVM3	Orquidopexia Bilateral Con O Sin Tratamiento De Hernia (Descenso Testículo Bilateral)	60	10,000
44	10.05.06	BVM4	Tratamiento Quirúrgico De La Hidrocele, Varicocele. (Testículo Ocupado Por Várices O Líquido)	60	5,000
<b>Operaciones Epidídimo y en el Conducto Deferente</b>					
45	10.06.07	BVM5	Vasectomía	60	2,000
<b>*OPERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO</b>					
<b>Operaciones en el Útero</b>					
46	11.02.03	BVM2	Histerectomía Con O Sin Anexos (Cirugía Para Extirpación De Matriz)	300	20,000
47	11.02.10	BVM4	Legrado Uterino Terapéutico O Diagnóstico	30	5,000
48	11.02.13	BVM4	Conización O Cerclaje Del Cuello (Por Lesiones O Incompetencia Del Cuello De La Matriz)	30	5,000
<b>Operaciones en la Vagina, Vulva y Periné</b>					
49	11.03.03	BVM3	Colporrafia, Colpo-Perineoplastia Anterior Y/O Posterior (Cirugía De Vejiga Y/O Matriz Caída)	60	10,000
50	11.03.14	BVM4	Extirpación De Glándulas De Bartholin (Absceso En Labios Menores)	30	5,000
<b>*OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO</b>					
<b>Tratamiento Quirúrgico de Fracturas</b>					
51	12.03.02	BVM3	Osteosíntesis Húmero, Pélvis, Sacro, Fémur, Tibia, Tibia-Peroné (Aplicación De Tornillos, Placas, Etc. Por Fracturas En Brazo, Cadera, Pierna.)	30	10,000
52	12.03.03	BVM3	Osteosíntesis Cubito, Radio, Tercio Inferior, Uno O Más Huesos (Aplicación De Tornillos, Clavos, Placas En Antebrazos)	30	10,000
<b>Artroplastia</b>					
53	12.10.01	BVM1	Artroplastia De Cadera (Cirugía De Cadera)	300	30,000
54	12.10.02	BVM2	Artroplastia De Rodilla (Cirugía De Rodilla)	300	20,000
<b>Artrodesis</b>					
55	12.11.02	BVM1	Columna Cervical, Dorsal, Lumbar, Cadera, Rodilla (Cirugía De Columna, Cadera, Rodilla, Con Aplicación De Prótesis)	60	30,000

<b>Artrodesis</b>					
55	12.11.02	BVM1	Columna Cervical, Dorsal, Lumbar, Cadera, Rodilla (Cirugía De Columna, Cadera, Rodilla, Con Aplicación De Prótesis)	60	30,000
<b>Luxaciones</b>					
56	12.13.06	BVM2	Tratamiento Quirúrgico Luxación Cadera, Rodilla (Cirugía De Cadera O Rodilla Por Luxación)	60	20,000
57	12.13.07	BVM3	Tratamiento Quirúrgico Luxación Clavícula, Hombro, Codo, Muñeca, Metacarpo, Tobillo	60	10,000
58	12.13.08	BVM4	Tratamiento Quirúrgico Luxación Metacarpo O Metatarsofalángica (Cirugía De Huesos De La Mano O Pie)	30	5,000
<b>Operaciones en los Tendones y Fascias</b>					
59	12.15.07	BVM3	Tenoplastia Con Alargamiento, Acortamiento O Injerto (Cirugía De Ligamentos Y/O Tendones)	60	10,000
<b>Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados</b>					
60	12.17.01	BVM1	Discectomía Cervical, Dorsal O Lumbar (Cirugía De Discos De Columna)	60	30,000
61	12.17.27	BVM4	Tratamiento Quirúrgico Del Dedo En Garra, En Martillo (Cirugía Para Corrección De Deformidades Adquiridas En Dedos De Pie)	30	5,000
62	12.17.30	BVM3	Hallux Valgus Unilateral O Bilateral Completo (Cirugía De Juanetes)	60	10,000
63	50.01.00	BVM2	Litotripsia Extracorpórea (Deshacer Piedras En El Riñón Por Ondas De Ultrasonido)	60	20,000
64	50.01.02	BVM3	Extracción De Cálculos Urinarios Por Endoscopia O Microcirugía O Vía Percutánea Ureterales O Pélvicos (Procedimientos Para Extracción De Piedras En Riñón Por Endoscopia)	60	10,000
<b>Yesos y Vendajes</b>					
65	12.19.16	BVMC	Yeso Toraco-Braquial/Braquipalmar/Bota Larga O Corta De Yeso (Yesos Para Hombro, Brazo, Antebrazo, Muslo, Pierna, Pie)	30	1,000
<b>*OPERACIONES ENDOVASCULARES</b>					
66	50.01.17	BVM00	Embolizaciones De Aneurismas Cerebrales Con Balón O Coils (Coagulación De Defectos Arteriales Por Cateterismo)	60	80,000
67	50.01.21	BVM0	Colocación De Stent Arteriales O Venosos (Colocación De Prótesis Vasculares Arteriales O Venosos)	60	60,000

No.	Nomenclador	Módulo	Intervención Quirúrgica	Periodo de Espera	Suma Asegurada 100%
1	01.02.06	BVM00	Tratamiento Quirúrgico De Aneurisma (Cirugía Para Corrección De La Dilatación O Crecimiento De Un Vaso Sanguíneo)	60	80,000
2	01.02.10	BVM0	Excisión De Tumor Cerebral (Cirugía Para Extracción De Tumor)	60	60,000
<b>Intervenciones sobre los Nervios Periféricos</b>					
3	01.05.05	BVM2	Descompresión A Nivel Del Túnel Del Carpo (Liberación Del Nervio Mediano En La Articulación De La Muñeca)	60	20,000

**\*OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISIÓN**

Operaciones en la Conjuntiva					
4	02.03.02	BVM4	Excisión De Lesión Conjuntiva	60	5,000
5	02.03.05	BVM5	Sutura De Conjuntiva - Biopsia	60	2,000
Operaciones en la Córnea					
6	02.04.06	BVM4	Sutura De Heridas En Córnea	60	5,000
Operaciones en el Iris y Cuerpo Ciliar					
7	02.05.01	BVM2	Tratamiento Quirúrgico Del Glaucoma (Presión Intraocular Aumentada)	60	20,000
Operaciones en la Esclerótica y en la Retina					
8	02.06.05	BVM3	Retinopexia - Diatermia - Crio, Fotocoagulación Con Láser (Desprendimiento De Retina Y/O Daño Ocular Por Diabetes)	60	10,000
Operaciones en el Cristalino					
9	02.07.03	BVM4	Capsulotomía (cristalino encapsulado)	30	5,000
10	02.07.04	BVM3	Extracción de catarata con implante de lente intraocular (cristalino opaco o nube)	60	10,000
Operaciones en el Tracto Lagrimal					
11	02.08.02	BVM4	Excisión De Glándula Lagrimal	60	5,000

**\*OPERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS**

Operaciones en el Oído Medio					
12	03.02.02	BVM2	Timpanoplastia (Cirugía De Tímpano)	60	20,000
Operaciones en el Paladar y úvula					
13	03.12.01	BVM2	Úvulo-Palatoplastia (Cirugía Del Paladar Blando O Duro)	60	20,000
Operaciones en las Amígdalas, Adenoides y Faringe					
14	03.13.01	BVM4	Amigdalectomía Y/O Adenoidectomía (Cirugía De Anginas)	30	5,000

**\*OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO**

Operaciones Glándulas Tiroides y Paratiroides					
15	04.01.03	BVM1	Tiroidectomía Total/Subtotal, Hemitiroidectomía (Cirugía De Tiroides)	60	30,000
16	04.01.04	BVM1	Tiroidectomía Subtotal	60	30,000
17	04.01.06	BVMA	Punción Biopsia De Tiroides	30	1,000
Operaciones en la Glándula Hipófisis					
18	04.03.01	BVM1	Hipofisectomía Transeptoefenoidal (Cirugía De Hipófisis)	60	30,000

**\*OPERACIONES EN EL TORAX**

Operaciones en el Pulmón, Pleura y Mediastino					
19	05.04.02	BVM2	Excisión Local De Lesion Pulmonar, Cuerpo Extraño,	60	20,000
20	05.04.07	BVMA	Drenaje De Pleura Con Trocar Por Toracotomía.	60	1,000

**\*OPERACIONES EN LA MAMA**

21	06.01.01	BVM2	Mastectomía Radical (Extirpación Glandula Mamaria Completa Incluyendo Ganglios Axilares)	60	20,000
22	06.01.03	BVM3	Mastectomía Simple (Extirpación De Glandula Mamaria)	60	10,000
23	06.01.08	BVM4	Excisión Local De Lesión De Mama - Quiste, Fibroadenoma	60	5,000
24	06.01.09	BVM4	Cuadrantectomía (Extirpación Parcial De La Glandula Mamaria)	60	5,000

**\*OPERACIONES EN EL CORAZÓN Y PERICARDIO**

25	07.01.03	BVM3	Colocación De Marcapaso Definitivo.	300	10,000
26	07.01.05	BVM3	Cambio Generador De Marcapaso (Pila Del Marcapaso)	300	10,000
<b>Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea</b>					
27	07.02.03	BVM00	Reemplazo De Válvula Cardíaca	300	80,000
28	07.02.06	BVM00	Cierre De Defectos Auriculares O Ventriculares (Cirugía De Cavidades Del Corazón)	300	80,000
29	07.02.08	BVM00	Tratamiento Quirúrgico De Los Aneurismas De La Aorta (Cirugía Para Corregir La Dilatación De Grandes Vasos)	300	80,000
30	07.02.09	BVM00	Derivación By Pass - Coronario Único, Doble (Puente Coronario)	300	80,000
<b>Operaciones en Arterias y Venas de Miembros Inferiores y Superiores</b>					
31	07.06.07	BVM3	Fístula Arteriovenosa Periférica Para Hemodialisis (Comunicación De Arteria Y Vena Para Tratamiento De La Insuficiencia Renal)	60	10,000
32	07.06.12	BVM3	Safenectomía (Cirugía De Válvulas)	30	10,000
33	07.07.01	BVM2	Cateterismo De Corazón Para Diagnóstico - Comprensión (Estudio Interno Del Corazón Con Catéter)	60	20,000
34	07.07.05	BVM2	Aortografía Por Cateterismo Femoral.	60	20,000
<b>Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea</b>					
35	07.08.01	BVM0	Angioplastia Transluminal Coronaria (Cirugía De Grandes Vasos Coronarios)	300	60,000

**\*OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN**

<b>Operaciones en la Pared del Abdomen, Peritoneo</b>					
36	08.02.03	BVM3	Hernioplastia (Inguinal, Crural, Epigástrica, Umbilical) Unilateral o Bilateral (Cirugía De Hernia)	60	10,000
37	08.02.06	BVM3	Eventración, Hernia Recidivante.	60	10,000
38	08.02.07	BVM3	Cierre De Pared Abdominal Por Evisceración	60	10,000
<b>Operaciones en el Estómago</b>					
39	08.03.04	BVM4	Gastrostomía Como Única Operación (Comunicar El Estómago Con La Pared Abdominal)	60	5,000
40	08.03.05	BVM2	Gastrorrafia (Úlcera Gástrica Perforada)	60	20,000
41	08.03.08	BVM2	Piloro-tomía + Píloroplastia	60	20,000
<b>Operaciones en el Intestino Delgado</b>					
42	08.04.03	BVM3	Enterotomía, Enterostomía Temporal o Definitiva	60	10,000
<b>Operaciones en el Colon y Recto</b>					
43	08.05.03	BVM1	Hemicolectomía Derecha o Izquierda (Extirpación De Intestino Grueso)	60	30,000
44	08.05.24	BVM2	Apéndicectomía (Cirugía De Apéndice)	30	20,000
<b>Operaciones en el Ano</b>					
45	08.06.06	BVM3	Hemoroidectomía Con o Sin Fisura Anal (Extirpación De Hemorroides)	60	10,000
46	08.06.11	BVM3	Fistulectomía, Fistulotomía, Fisuroctomía, Cripectomía o Papilectomía (Defectos Del Recto Y Ano)	60	10,000
47	08.06.16	BVM4	Incisión o Drenaje De Absceso Perianal (Cirugía De Absceso Anal)	60	5,000
48	08.06.17	BVM4	Tratamiento Radical Del Absceso Perianal Con Resección (Cirugía Amplia Del Absceso Anal)	60	5,000

Operaciones en Vías Biliares					
49	08.07.08	BVM2	Colecistectomía (Cirugía De Vesícula)	300	20,000
Operaciones en los Vasos y Ganglios Linfáticos					
50	09.01.01	BVM3	Linfadenectomía Cervical, Axilar O Inguinal Radical (Extirpación De Cadenas Ganglionares)	60	10,000
*OPERACIONES EN LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS					
Operaciones en el Riñón y Ureter					
51	10.01.01	BVM1	Nefrectomía Total, Cualquiera Que Fuera La Vía Utilizada (Extirpación De Riñón)	60	30,000
52	10.01.15	BVM2	Extracción De Calculoureter. (Endoscópico)	60	20,000
Operaciones en la Vejiga					
53	10.02.12	BVM3	Tratamiento Quirúrgico De La Incontinencia De Orina	60	10,000
Operaciones en la Próstata y Vesículas Seminales					
54	10.04.01	BVM1	Prostatectomía Radical (Extirpación De Próstata, Incluye Ganglios)	60	30,000
55	10.04.02	BVM2	Adenomectomía De Prostata Con O Sin Vasectomía Bilateral	60	20,000
56	10.04.04	BVM3	Resección Trans-Uretral De Próstata (Por Endoscopia)	60	10,000
57	10.05.04	BVM3	Orquidopexia Unilateral (Descenso Testículo Unilateral)	60	10,000
58	10.05.05	BVM3	Orquidopexia Bilateral Con O Sin Tratamiento De Hernia (Descenso Testículo Bilateral)	60	10,000
59	10.05.06	BVM4	Tratamiento Quirúrgico De La Hidrocele, Varicocele. (Testículo Ocupado Por Várices O Líquido)	60	5,000
Operaciones Epidídimo y en el Conducto Deferente					
60	10.06.07	BVM5	Vasectomía	60	2,000
Operaciones en el Útero					
61	11.02.03	BVM2	Histerectomía Con O Sin Anexos (Cirugía Para Extirpación De Matriz)	300	20,000
62	11.02.04	BVM3	Miomectomía Uterina Abdominal -Como Unica Operacio	60	10,000
63	11.02.06	BVM4	Miomectomía Vaginal	60	5,000
64	11.02.10	BVM4	Legrado Uterino Terapéutico O Diagnóstico	30	5,000
65	11.02.13	BVM4	Conización O Cerclaje Del Cuello (Por Lesiones O Incompetencia Del Cuello De La Matriz)	30	5,000
Operaciones en la Vagina, Vulva y Periné					
66	11.03.03	BVM3	Colporrafia, Colpo-Perineoplastia Anterior Y/O Posterior (Cirugía De Vejiga Y/O Matriz Caída)	60	10,000
67	11.03.14	BVM4	Extirpación De Glándulas De Bartholin (Absceso En Labios Menores)	30	5,000
*OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO					
Fracturas de Desplazamiento- Osteoplastia					
68	12.02.03	BVM3	Osteoplastia De Pelvis, Femur, Tibia Y Perone,Astragalo, Calcaneo,	60	10,000
69	12.02.04	BVM4	Osteoplastia De: Clavicula,Costillas,Rotula,Metacarpianos O Metatarsianos	60	5,000

<b>Tratamiento Quirúrgico de Fracturas</b>					
70	12.03.02	BVM3	Osteosíntesis Húmero, Pélvis, Sacro, Fémur, Tibia, Tibia-Peroné (Aplicación De Tornillos, Placas, Etc. Por Fracturas En Brazo, Cadera, Pierna.)	30	10,000
71	12.03.03	BVM3	Osteosíntesis Cubito, Radio, Tercio Inferior, Uno O Más Huesos (Aplicación De Tornillos, Clavos, Placas En Antebrazos)	30	10,000
<b>Osteotomías Correctivas</b>					
72	12.06.01	BVM2	Osteotomía Femur, Tibia, Tibia Y Perone.	60	20,000
<b>Artroplastía</b>					
73	12.10.01	BVM1	Artroplastía De Cadera (Cirugía De Cadera)	300	30,000
74	12.10.02	BVM2	Artroplastía De Rodilla (Cirugía De Rodilla)	300	20,000
75	12.10.03	BVM4	Artroplastia Hombro, Codo, Muñeca, Tobillo.	60	5,000
76	12.10.05	BVM4	Artroplastía Acromio-Clavicular, Metacarpo-Falángica, Metatarso-Falángica	60	5,000
<b>Artrodesis</b>					
77	12.11.02	BVM1	Columna Cervical, Dorsal, Lumbar, Cadera, Rodilla (Cirugía De Columna, Cadera, Rodilla, Con Aplicación De Prótesis)	60	30,000
<b>Luxaciones</b>					
78	12.13.06	BVM2	Tratamiento Quirúrgico Luxación Cadera, Rodilla (Cirugía De Cadera O Rodilla Por Luxación)	60	20,000
79	12.13.07	BVM3	Tratamiento Quirúrgico Luxación Clavícula, Hombro, Codo, Muñeca, Metacarpo, Tobillo	60	10,000
80	12.13.08	BVM4	Tratamiento Quirúrgico Luxación Metacarpo O Metatarsofalángica (Cirugía De Huesos De La Mano O Pie)	30	5,000
<b>Operaciones en los Tendones y Fascias</b>					
81	12.15.07	BVM3	Tenoplastía Con Alargamiento, Acortamiento O Injerto (Cirugía De Ligamentos Y/O Tendones)	60	10,000
<b>Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados</b>					
82	12.17.01	BVM1	Discectomía Cervical, Dorsal O Lumbar (Cirugía De Discos De Columna)	60	30,000
83	12.17.06	BVM3	Tratamiento Quirúrgico De Luxacion De Hombro	60	10,000
84	12.17.30	BVM3	Hallux Valgus Unilateral O Bilateral Completo (Cirugía De Juanetes)	60	10,000
85	50.01.00	BVM2	Litotripsia Extracorpórea (Deshacer Piedras En El Riñón Por Ondas De Ultrasonido)	60	20,000
86	50.01.02	BVM3	Extracción De Cálculos Urinarios Por Endoscopia O Microcirugía O Vía Percutánea Ureterales O Pélvicos (Procedimientos Para Extracción De Piedras En Riñón Por Endoscopia)	60	10,000
<b>Yesos y Vendajes</b>					
87	12.19.16	BVMC	Yeso Toraco-Braquial/Braquipalmar/Bota Larga O Corta De Yeso (Yesos Para Hombro, Brazo, Antebrazo, Muslo, Pierna, Pie)	30	1,000
<b>OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>					
88	13.01.02	BVM4	Excisión Amplia De Lesion De Piel	60	5,000
<b>*OPERACIONES ENDOVASCULARES</b>					
89	50.01.17	BVM00	Embolizaciones De Aneurismas Cerebrales Con Balón O Coils (Coagulación De Defectos Arteriales Por Cateterismo)	60	80,000
90	50.01.21	BVM0	Colocación De Stent Arteriales O Venosos (Colocación De Prótesis Vasculares Arteriales O Venosos)	60	60,000

### 3. LISTADO DE PRÓTESIS

NO.	PRÓTESIS	REPOSICIÓN	SUMA ASEGURADA
<b>TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA</b>			
1	Cadera total o parcial con o sin cemento	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
2	Rodilla	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
3	Columna	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
4	Prótesis para osteosíntesis simple	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$5,000
5	Prótesis para osteosíntesis compleja	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$5,000
6	Prótesis mamaria por mastectomía no estética	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$8,000
7	Sistema de estabilización de Columna	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
8	Prótesis para Cráneo plastia	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$10,000
<b>CARDIOVASCULARES</b>			
9	Válvulas Cardíacas	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
10	Prótesis vascular para grandes vasos, rectas o bifurcadas	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$15,000
11	Marcapasos	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$15,000
12	Stent	Se reconocerá el implante por única vez, con justificación médica y siempre que la póliza siga en vigencia	\$15,000
<b>NEUROLÓGICAS</b>			
13	Válvula para drenaje para hidrocefalia	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$10,000
14	Clips para Aneurisma	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
15	Microcoils endovascular	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$20,000
<b>OCULARES</b>			
16	Lentes intraoculares y set de colocación	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$10,000
17	Banda de silicona (para retina) o healón	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que la póliza siga en vigencia	\$9,000