

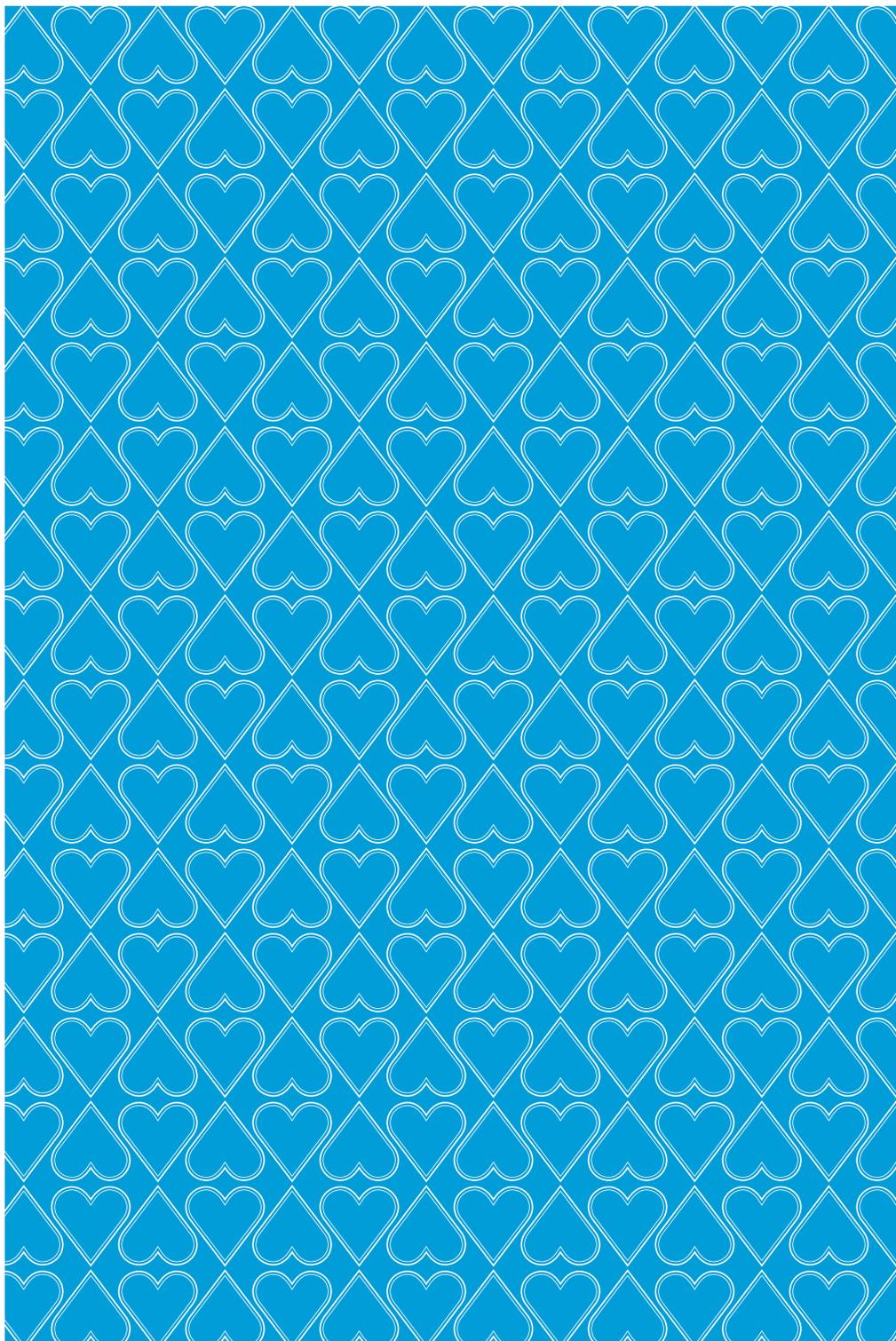


Bupa

Guía para Asegurados

**BUPA
TOTAL**

2016



CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	2
Bienvenido a Bupa.....	3
USA Medical Services	4
Administre su póliza en línea	5
Su cobertura.....	6
Opciones de deducible	7
Para contactarnos.....	7
CONTRATO.....	8
Notificación a Bupa.....	9
BENEFICIOS.....	10
Tabla de beneficios.....	10
Gastos cubiertos por la póliza	13
ADMINISTRACIÓN	22
AVISO DE PRIVACIDAD	33
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	34
DEFINICIONES	40
SUPLEMENTO.....	46
¿Cómo funciona el proceso de reclamación?	46
Notificación: primer paso en el proceso de reclamo.....	47
Cómo presentar un reclamo.....	49

EXPERIENCIA EN SALUD, DURANTE TODA LA VIDA

Bupa es una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de más de 29 millones de personas en más de 190 países alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 65 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejorar los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. El compromiso con nuestros asegurados durante más de medio siglo es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante.

NUESTRO OBJETIVO

El objetivo de Bupa es ayudar a que las personas disfruten de vidas más duraderas, saludables y felices. Cumplimos esta promesa al proteger a nuestros asegurados, proporcionándoles una amplia variedad de servicios personalizados, así como cuidando de su salud durante toda su vida. Como su aliado en la salud, le ayudamos a tomar decisiones médicas informadas. Creemos que las medidas preventivas pueden tener un impacto positivo en su salud.

NUESTRO PERSONAL

La experiencia de nuestro personal es esencial para ofrecer atención de salud de la mejor calidad. Bupa emplea a más de 79,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Nos distinguimos como una de las mejores empresas para trabajar, ya que alentamos a nuestro personal a que exprese sus opiniones sobre su experiencia laboral.

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir Bupa Total Care, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para asegurados contiene las condiciones y beneficios de su póliza Bupa Total Care, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura. Por favor revise su certificado de cobertura, el cual muestra el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de ayuda al cliente de Bupa.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible lunes a viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. para ayudarle con:

- Cualquier duda relacionada con su póliza
- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Tel: (55) 5202 1701

Correo electrónico:
serviciocliente@bupalatinamerica.com

Sitio web: www.bupa.com.mx

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services al:

Tel: 01 800 326 3339
Tel: +1 (305) 275 1500
Tel: 1 (800) 726 1203 (USA)

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa México, Compañía de Seguros,
S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
México, D.F.
C.P. 11000

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que

se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA

Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuenta con USA Medical Services.

DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En los EE.UU.:

+1 (305) 275-1500

Sin cobro desde los EE.UU.:

+1 (800) 726-1203

Correo electrónico:

usamed@bupalatinamerica.com

Fuera de los EE.UU.:

El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identidad o en www.bupa.com.mx

ADMINISTRE SU PÓLIZA EN LÍNEA

Como cliente de Bupa, usted tiene acceso a una variedad de servicios en línea. Visite www.bupa.com.mx, donde encontrará:

- Información sobre cómo presentar una reclamación
- Noticias sobre Bupa
- Información sobre nuestros productos
- Cotizador gratis de primas

SUSCRÍBASE A LOS SERVICIOS EN LÍNEA — ES GRATIS Y MUY FÁCIL

A través de nuestros Servicios en Línea, usted tiene acceso a:

- Un resumen completo de su póliza
- Una copia de su solicitud de seguro de salud
- El estatus de sus reclamaciones más recientes
- Información sobre los pagos online de su prima y copia de su recibo
- Suscribirse como Cliente Virtual

CLIENTE VIRTUAL

Nuestro servicio Cliente Virtual ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas y tener que archivar sus documentos de seguro. Una vez haya ingresado a los Servicios en Línea, elija Mis Preferencias bajo Mi Perfil, y seleccione la opción para recibir sus documentos por vía electrónica. A partir de ese momento, usted será responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia por este método.

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

En Bupa creemos que promover comunidades prósperas y un planeta saludable es esencial para el bienestar de todos. Velamos por la salud de quienes confían en nosotros teniendo en cuenta un impacto positivo en la sociedad y el medio ambiente.

Bupa participa en iniciativas de responsabilidad ambiental para asegurar que nuestros empleados, productos y servicios contribuyan a establecer una sociedad más saludable. Tomamos muy en serio nuestro impacto ambiental, estableciendo políticas ecológicas que benefician el planeta y a las personas en nuestros centros de trabajo. Estamos comprometidos en mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y personal así como la de las comunidades que se encuentran necesitadas.

Aunque nos encontramos en una etapa temprana de nuestra campaña ambiental, estamos comprometidos a contribuir positivamente a largo plazo, y estamos tomando las medidas necesarias para reducir nuestra huella ecológica.

SU COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o solamente en Latinoamérica, la cual incluye cobertura en el Caribe, México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica. Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a la aseguradora, donde esto también sea prohibido por las leyes del Reino Unido y/o Dinamarca. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL

Bupa ofrece anexos de cobertura adicional que pueden adquirirse junto con la póliza o al momento de la renovación. Los beneficios proporcionados bajo los anexos de cobertura están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza Bupa Total Care.

- Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante: Este anexo ofrece trescientos mil dólares (US\$300,000) de cobertura opcional para procedimientos de trasplante de órganos, tejido o células, por asegurado, por diagnóstico, de por vida. Se aplica un período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Los beneficios bajo el anexo comienzan una vez que la necesidad de cada trasplante ha sido determinada por un médico, certificada por una segunda opinión médica, y aprobada por USA Medical Services.
- Anexo de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo: Este anexo ofrece cobertura opcional adicional de quinientos mil dólares (US\$500,000) de por vida para complicaciones del embarazo, el parto, y complicaciones perinatales como prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, insuficiencia respiratoria y traumatismos del nacimiento, que no estén relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias. Se aplica un período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Una vez emitido, el anexo es renovable anualmente en la fecha de aniversario de la póliza, siempre y cuando se pague la prima adicional requerida para el anexo.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles.

Deducible (US\$)					
Plan	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000
Máximo por póliza	4,000	6,000	10,000	20,000	40,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo equivalente a dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

PARA CONTACTARNOS

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible lunes a viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. para ayudarle con:

- Cualquier duda relacionada con su póliza
- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Tel: (55) 5202 1701

Correo electrónico:
servicioalcliente@bupalatinamerica.com
Sitio web: www.bupa.com.mx

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services al:

Tel: 01 800 326 3339
Tel: +1 (305) 275 1500
Tel: 1 (800) 726 1203 (USA)

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
México, D.F., C.P. 11000

CONTRATO

1 BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C. V., denominada

en adelante “Bupa”, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al Asegurado Principal o el pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado Principal durante la vigencia de esta póliza, tanto en el territorio de la República Mexicana, como en el extranjero donde así proceda de acuerdo con la cobertura geográfica especificada, hasta por la suma asegurada indicada en esta póliza, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados ocurridos en su persona o de sus dependientes incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato.

2 DERECHO DE 30 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA:

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que el Asegurado titular y/o el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo de \$937.50 (novecientos treinta y siete pesos con 50 centavos) en moneda nacional y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Titular a Bupa.

3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD:

Esta póliza es emitida con base en los datos proporcionados en la solicitud. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza puede ser rescindida.

4 ELEGIBILIDAD:

Esta póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años y mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta póliza. Los dependientes elegibles del Asegurado Principal podrán ser: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los dependientes del Asegurado Principal, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir 24 (veinticuatro) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple 24 (veinticuatro) años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dichos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones verditas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

5 NOTIFICACIÓN A BUPA: El Asegurado deberá notificar a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

Si el Asegurado no notifica a Bupa a través de USA

MEDICAL SERVICES como se ha establecido previamente, será responsable por el quince por ciento (15%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, además del deducible.

Usted puede comunicarse a USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:

En México:

5202-1701

Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.

Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En México, sin cobro:

01 800 3263339

En los EE.UU.:

+1 (305) 275-1500

Sin cobro desde los EE.UU.:

+1 (800) 726-1203

Correo electrónico:

usamed@usamedicalservices.com

Fuera de los EE.UU.: EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN **www.bupa.com.mx**

NOTA: USA Medical Services es un proveedor contratado por BUPA para la coordinación de atención y administración de siniestros y cualquier servicio que preste a los asegurados de Bupa NO presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro, así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.”

TABLA DE BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

La póliza Bupa Total proporciona cobertura únicamente dentro de los hospitales y/o proveedores de convenio con Bupa Total. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de los hospitales y/o proveedores de convenio con Bupa Total, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento, relativas a los beneficios cubiertos, deducibles y coaseguro, se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	\$1 millón
--	------------

Beneficios para hospitalización	Cobertura
Habitación estándar y alimentación para el asegurado	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios de cirujano y anestesista	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos recetados durante la hospitalización	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%

Beneficios para tratamiento ambulatorio	Cobertura
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta (después de una hospitalización o cirugía ambulatoria)	100%
Medicamentos por receta sin hospitalización y sin cirugía ambulatoria	100%

Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100% (máximo de 40 sesiones por año)
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	\$200 por día (máximo de 60 días por año, por incidente)
Otros beneficios	Cobertura
Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)	\$25,000
Ambulancia terrestre	100%
Cuidado de la Maternidad (incluye parto normal, complicaciones del parto, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Período de espera de 10 meses ◦ No aplica deducible, ni coaseguro ◦ Plan 2 y 3 solamente 	\$2,000 (por embarazo)
Cobertura provisional del recién nacido	\$10,000 (por un máximo de 90 días después del parto)

Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años de edad	\$500,000 (de por vida)
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a los 18 años de edad o después	100%
SIDA ◦ Período de espera de 4 años	\$300,000 (de por vida)
Procedimientos de trasplante (de por vida)	\$300,000 (por diagnóstico)
Cobertura dental de emergencia	100%
Repatriación de restos mortales	\$5,000
Residencia/Cuidados Paliativos	100%

Notas sobre los beneficios

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en los hospitales y/o proveedores de convenio con Bupa Total, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.

Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de los Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones de este documento. La Tabla de beneficios solamente es un resumen de la cobertura.

Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

Los Asegurados deberán notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible y coaseguro aplicable, a menos que se indique lo contrario.

GASTOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA

1 HONORARIOS DEL ANESTESISTA:

La cobertura de los honorarios del anestésista debe ser aprobada con anticipación por USA Medical Services y está limitada a la cantidad que resulte menor de:

- (a) 100% (cien por ciento) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del anestésista; o
- (b) 30% (treinta por ciento) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
- (c) 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o
- (d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

2 HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE:

Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando su intervención sea médicamente necesaria para la operación de que se trate, y cuando USA Medical Services los ha aprobado con anticipación. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados a la cantidad que resulte menor de:

- (a) 100% (cien por ciento) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
- (b) 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
- (c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o

cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o

- (d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

3 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES DE CONVENIO CON BUPA TOTAL:

El Asegurado, podrá recibir la atención médica requerida con los médicos y hospitales con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué médico u hospital de convenio quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza, excepto para emergencias.

- (a) La lista de hospitales y médicos de convenio con Bupa Total está disponible en USA Medical Services o en la página web www.bupa.com.mx, y esta sujeta a cambio sin previo aviso.
- (b) Para asegurar que el hospital y/o proveedor tenga convenio con Bupa Total, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por USA Medical Services.
- (c) En los casos en los que los **hospitales y/o proveedores de convenio** con Bupa Total no estén especificados en el país de residencia del Asegurado, no existirá restricción sobre los hospitales certificados que el Asegurado podrá utilizar en su país de residencia.

4 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es como sigue:

- (a) El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se

manifiesten **antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad** es de quinientos mil dólares (\$500,000) por Asegurado, de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible y coaseguro correspondientes.

- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten **en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después**, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible y coaseguro correspondientes.

5 DEDUCIBLE: El deducible aplicable será el contratado y que se indica en la carátula de su póliza.

El pago del deducible por parte del Asegurado aplicará como sigue:

- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el Asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.
- (b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ha sido satisfecho y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia deberá ser cubierto por el Asegurado, mismo que al ser la parte del riesgo que

asume el Asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.

- (c) Los gastos elegibles incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza, que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- (d) En caso de accidente, no se aplicará deducible.

6 COASEGURO: El Asegurado Titular es responsable por el 10% (diez por ciento) de los gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparados por la póliza, después de aplicar el deducible pactado.

Dicho coaseguro tendrá un límite máximo de dos mil quinientos dólares (2500) por Asegurado y cinco mil dólares (5,000) por póliza, por año póliza.

Podrán aplicar coaseguros particulares, los cuales están señalados expresamente en las presentes condiciones generales.

7 DIAGNÓSTICO: Para que una enfermedad o padecimiento sea considerada como una enfermedad, padecimiento, desorden o accidente cubierto bajo esta póliza, el Asegurado deberá entregar a Bupa copias de todos los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes físicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico .

8 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el

tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente.

9 TRASLADO DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto por esta póliza para el cual no pueda proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio pudiera resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del Asegurado. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o la aeronave usada, deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

(a) Transporte por ambulancia aérea:

(1) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por USA Medical Services.

(2) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de veinticinco mil dólares (\$25,000) por Asegurado, por año póliza.

(3) El Asegurado se compromete a mantener a Bupa, a USA Medical Services, y a cualquier compañía afiliada con Bupa o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libre de responsabilidad por cualesquier demora o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones

gubernamentales, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales, o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.

10 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: La presente póliza solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de los **hospitales y/o proveedores en convenio** con La Institución de acuerdo al plan contratado cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, tal como se indica en esta póliza.

Los gastos médicos erogados durante la emergencia por cualquier proveedor diferente a los de convenio que correspondan al plan contratado, serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital y/o proveedor de convenio.

Una vez superada la emergencia, los gastos médicos que se sigan erogando solo serán cubiertos y pagados si son proveídos por hospital y/o proveedor de convenio que correspondan al plan contratado.

11 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el Asegurado Principal, Bupa eximirá de aquéllos períodos pendientes de pago hasta por un (1) año sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge/concubina(o) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que

dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado. Esta cobertura extendida no aplica a ningún anexo de cobertura adicional.

12 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:

Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, hasta un máximo de doscientos dólares (\$200) por día, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services, una extensión de tiempo hasta por treinta (30) días más. En caso de no contar con dicha autorización, el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de sesenta (60) días, por incidente, por año póliza, hasta un máximo de doscientos dólares (\$200) por día. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

13 CUIDADO DE LA MATERNIDAD (Excepto Plan Total 4, 5 y 6):

Este beneficio aplicará para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.

- (a) El beneficio máximo para esta cobertura es de dos mil dólares (\$2,000) por cada embarazo, sin deducible ni coaseguro, para la respectiva madre asegurada.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea, complicaciones de la maternidad y el cuidado del recién nacido saludable están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.

(c) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes de 18 años de edad o más. Para tener cobertura bajo este beneficio, la hija dependiente de 18 años o más deberá solicitar cobertura y ser aprobada bajo su propia póliza por separado.

(d) *El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aún cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta póliza haya sido eliminado.*

(e) No estará cubierto ningún gasto derivado de procedimientos de subrogación de vientre o de madre sustituta.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para el recién nacido y las complicaciones de la maternidad. Sin embargo, este anexo no está disponible para los hijos dependientes.

14 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- I. Si nace de un Embarazo Cubierto:
 - (a) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de diez mil dólares (\$10,000) sin deducible. El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura "Cuidado de la Maternidad" de esta póliza.
 - (b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una "Notificación de Nacimiento" que contenga el nombre completo del recién

nacido, su sexo, talla y peso y la fecha de su nacimiento. La cobertura con el deducible y coaseguro correspondientes será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 14 Pago de la Prima del apartado de Administración.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitado al beneficio máximo descrito en el numeral 13 de esta póliza.

- II. **Si nace de un embarazo NO cubierto, no gozará de la cobertura provisional. En caso de un embarazo no cubierto, se podrá agregar al recién nacido a la póliza, cumpliendo con la obligación de pago de la prima, en los términos de la cláusula 14 Pago de la Prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de Bupa. Sin embargo, si el padre (asegurado) del recién nacido tiene por lo menos diez (10) meses de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta sin evaluación de riesgo.**

La cobertura del recién nacido, se extiende a cubrir cualquier lesión o enfermedad que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la póliza contratada por el asegurado.

15 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.)

16 FISIOTERAPIA / SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Se cubrirá un período inicial de hasta veinte (20) sesiones siempre y cuando sea aprobado por adelantado por USA Medical Services. Cualquier extensión de hasta veinte (20) sesiones también debe ser aprobada por adelantado o el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de cuarenta (40) sesiones por año. Se requiere presentar por adelantado la evidencia médica y el plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación.

17 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

18 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
 - i. Estarán cubiertas después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.

- ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.

(b) Las que no son declaradas y son conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: Estas condiciones preexistentes **NUNCA** estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado de conformidad con el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

19 MEDICAMENTOS RECETADOS:

Los medicamentos por receta, prescritos para tratar una condición médica cubierta bajo la póliza estarán sujetos a lo siguiente:

- (a) **Hospitalización:** Los medicamentos recetados durante la hospitalización, se cubrirán al cien por ciento (100%).
- (b) **Sin hospitalización o cirugía ambulatoria:** Los medicamentos recetados que no son prescritos por derivar de una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, están cubiertos al cien por ciento (100%).

En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

20 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá hasta

cinco mil dólares (\$5,000) por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

21 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:

Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si Bupa o USA Medical Services y consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado de forma conjunta entre los proveedores en convenio de la Institución y en común acuerdo entre el asegurado, La Institución y USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, Bupa también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de forma conjunta entre los proveedores en convenio de la Institución y en común acuerdo entre el asegurado, La Institución y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO ACEPTA UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR

CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

22 TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Prótesis, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables, implantes, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Los tratamientos especiales serán cubiertos por Bupa o reembolsados al costo que hubiese incurrido Bupa si los hubiera comprado a sus proveedores.

23 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:

La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece a través de hospitales y/o proveedores de convenio para procedimientos de Trasplante. No se proporcionará cobertura fuera de estos hospitales y/o proveedores de convenio. El beneficio máximo para este beneficio es de trescientos mil dólares (\$300,000) por Asegurado, por diagnóstico de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por un médico, haya sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y haya sido aprobada por USA Medical Services y está sujeta a todos los términos, gastos cubiertos y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del

trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.

- (b) Reconocimiento médico prequirúrgico, incluyendo todos los exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre o sangre del cordón umbilical, están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (\$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.
- (d) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

24 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

Los gastos incurridos cuando se haya

manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de cuatro (4) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado de por vida es de trescientos mil dólares (\$300,000).

25 PERÍODO DE ESPERA: *Esta póliza tiene un período de espera de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Sin embargo, este período de espera no aplica, tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y enfermedades de origen infeccioso, así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, en las que después de una evaluación médica se compruebe que la vida del asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.*

El período de espera no operará cuando se trate de emergencia.

26 ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA: Bupa eliminará el período de espera solamente si:

- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y

- (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior; y
- (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro; y
- (d) Bupa recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.
- (e) Cualquier Gasto Incurrido por Cirugía Bariátrica no serán cubiertos durante los dos (2) años de cobertura siguientes a la fecha de inclusión de la cobertura en la póliza en casos de renovación y para pólizas nuevas dos (2) años posterior a la fecha de efectividad de la póliza.

Cuando el Asegurado modifique su plan, durante su vigencia o al aniversario, para incrementar beneficios que se encuentran limitados a una suma definida en su plan previo, durante los primeros sesenta (60) días del cambio, se mantendrá el beneficio contratado originalmente, a fin de garantizar que el cambio no tiene la intención de cubrir un evento ya conocido y que por lo tanto su incremento de beneficio tomaría un carácter inequitativo en la condición de fortuito y no conocido que rige a la mutualidad que participa en estos planes. Superados los sesenta (60) días se activarán las sumas específicas del plan actual.

Esta consideración no aplica si es la compañía la que incrementa los beneficios como parte de la actualización anual que el plan ofrece y que a ese Asegurado corresponderá de forma general.

27 CIRUGÍA BARIÁTRICA: Bupa otorgará la cobertura por cirugía

bariátrica, por única vez en la vida del asegurado, considerándola como enfermedad cubierta siempre que el asegurado:

- (a) Tenga un índice de Masa Corporal con valor mayor de 40, o bien
- (b) Tenga al momento del reclamo un índice de masa corporal mayor a 35 y presente alguna de las siguientes comorbilidades:
 - I. Diabetes tipo II
 - II. Hipertensión arterial
 - III. Apnea obstructiva del sueño severa
 - IV. Osteoartropatías severas,
 - V. Candidatos a cirugía de reemplazo articular

Las anteriores comorbilidades serán aceptadas siempre que no hayan sido mencionadas como exclusión específica o que hayan sido consideradas preexistentes al momento de la compra de la póliza.

La suma específica para este procedimiento y cualquier complicación relacionada al mismo será por diez mil (\$10,000) dólares y únicamente cubrirá los procedimientos de manga gástrica, banda gástrica ajustable, Bypass gástrico y switch duodenal y su atención deberá realizarse sólo con proveedores seleccionados por el asegurado bajo su exclusiva responsabilidad de entre los proveedores en convenio de la aseguradora y coordinados mediante el servicio médico de dictamen de la Institución.

Al ser considerada como enfermedad se aplicará el deducible y Coaseguro específico que esté en vigor al momento del uso de la cobertura.

Se establece que para acceder a este beneficio, se cuente con un

período de continuidad ininterrumpida como asegurado en La Institución durante dos (2) años a partir de la inclusión de la cobertura en su póliza y que una vez transcurrido dicho período el asegurado afectado sea menor de sesenta (60) años de edad.

ADMINISTRACIÓN

1 AUTORIDAD: Ningún Agente tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre las partes y sea hecho constar por un endoso a la póliza, registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2 AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

La agravación del riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta póliza, si dicha agravación resulta esencial, y si el Asegurado omitiere dar aviso de la agravación esencial o si este último la provocara, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO: Cuando el Asegurado solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

4 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA: El Asegurado Principal

debe notificar por escrito a Bupa, cualquier cambio de su país de residencia, tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a Bupa para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

Si un Asegurado permanece en EE.UU. en forma continua por más de ciento ochenta (180) días, durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco días (365), sin importar el tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier enfermedad, padecimiento o accidente será proporcionada a través de los **hospitales y/o proveedores de convenio** hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, en que la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

5 APELACIÓN DE RECLAMOS: Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V." antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá

enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., y/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el Asegurado. Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el Asegurado. Dicho recurso no tiene costo alguno para el Asegurado.

Independientemente de lo anterior, en caso de controversia, nuestro asegurado inconforme podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

**UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)
Montes Urales 745 piso 1 Col.
Lomas de Chapultepec C.P. 11800,**

México, D.F. Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339 Correo electrónico: HYPERLINK "mailto:UEAP@bupalatiname-rica.com" UEAP@bupalatiname-rica.com

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle México, D.F. C.P. 03100 Teléfono: (55) 5340 0999 / (01 800) 999 80 80 Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx

- 6 ARBITRAJE MÉDICO:** En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar en acudir ante un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.

- 7 COMPETENCIA:** En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y

Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

8 PERÍODO DE BENEFICIO: Bupa tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

9 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: Sujeto a los gastos cubiertos de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 y termina a las 24:00 horas, hora de la Ciudad de México:

- (a) En la fecha de expiración de la póliza; o
- (b) Por falta de pago de la prima;
- (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura; o
- (d) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente

10 MONEDA: Este seguro se contratará en moneda nacional.

Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán

en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se pagarán de acuerdo al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio correspondiente a dólares de los Estados Unidos de América que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la época en que se realicen los mismos.

En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron.

11 INTERÉS MORATORIO: En caso de que Bupa, no obstante haber recibido toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse a su satisfacción las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros:

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que

resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se

haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones

relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de

las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

12 OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR:

El Asegurado debe proporcionar a Bupa todos los resúmenes clínicos y reportes médicos y, cuando así lo solicite Bupa, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos. El no cooperar con Bupa, o el no autorizar el acceso de Bupa a los resúmenes clínicos y reportes médicos, con el fin de hacerla incurrir en error, puede ser causa para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas.

13 PRUEBA DEL CONTRATO:

Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, las Condiciones Generales, la Solicitud del Seguro, la Carátula, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales.

La traducción de esta póliza a cualquier otro idioma se ofrece como un servicio para el Asegurado, sin embargo, en caso de

cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

- 14 PAGO DE LA PRIMA:** El contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro, la cual se calcula según la edad del Asegurado y es determinada por Bupa de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada Período de Seguro. La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y tratándose de renovaciones, al inicio de la nueva vigencia. Bupa podrá ajustar las primas una vez al año a la fecha de aniversario de la póliza.

El contratante deberá pagar la prima y las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza y el impuesto al valor agregado (IVA) en las oficinas de Bupa o a través de los medios de pago que Bupa ponga a su disposición en la fecha de su vencimiento. El contratante del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y Bupa no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con Bupa.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Titular. La prima debe ser pagada en la fecha

de su vencimiento o dentro del Período de Gracia establecido. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (Período de Gracia), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo.

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal de la póliza, Bupa eximirá de aquéllos períodos pendientes de pago hasta por un año contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de esta, a los dependientes que se encuentren Asegurados bajo la póliza.

15 RENOVACIÓN GARANTIZADA:

Bupa garantiza que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su póliza por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el contratante o Asegurado notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarlo, cuando menos con veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Bupa informará al Contratante o al Asegurado, con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza, los valores de la prima, deducible y coaseguro aplicables a la misma.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que

corresponda al mismo plan, si el Asegurado no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, de acuerdo a la descripción que del tema se hace en las cláusulas DEDUCIBLE y CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN.

En caso de que el Asegurado cambie de Residencia u Ocupación la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Bupa.

16 REHABILITACIÓN: En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante o Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de la póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- 1.- El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a la Institución.
- 2.- El (los) Asegurado (s) cumpla (n) con los requisitos de asegurabilidad de la Institución.

La Institución comunicará por escrito al Contratante o Asegurado la aceptación o rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de quince (15) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación, si pasado este lapso La Institución no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.

En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, La Institución otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

17 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS: Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o

persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. Bupa proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

18 COBERTURA GEOGRAFICA: Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán, Corea del Norte, ni cuando esté prohibido para Bupa otorgar cobertura por disposición de ley por razones de residencia o nacionalidad del asegurado. La lista de países excluidos de la cobertura podrá ser modificada previo aviso que Bupa dé al asegurado titular y/o contratante. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.

19 PAGO DE RECLAMACIONES: Bupa tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales certificados en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago a la sucesión del Asegurado. USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la indemnización antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.

20 PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN (AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD): Cuando se presente el momento de hacer uso de su seguro, es necesario que avise a Bupa del accidente y enfermedad que se presenta a través del Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad disponible para usted en www.bupa.com.mx.

Cuando se trate de la programación de un servicio médico de forma anticipada, haremos lo posible por otorgar los beneficios contratados a través de pago directo con el proveedor médico que usted haya indicado, de conformidad con las presentes condiciones generales. En caso contrario y siempre que la cobertura sea procedente, usted podrá presentar su solicitud de reembolso de gastos médicos cubiertos.

Solicitud de Reembolso: Para agilizar el procesamiento de su reembolso, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx.

2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico y que permitan a Bupa conocer las circunstancias en las que se presentó el siniestro, solo como ejemplo:

- Reporte del médico, resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
- Recetas médicas
- Solicitud de equipo médico

3. Adjunte todos los recibos originales comprobantes del pago realizado, como son de manera enunciativa mas no limitativa: facturas y/o recibo de honorarios médicos, los cuales deberán estar emitidos a nombre del Contratante o del Asegurado (en caso de ser menor de edad, podrán estar a nombre del tutor o quien ejerza la patria potestad), o a nombre de **BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., RFC: BMS030731PC4, Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F., C.P. 11000 (Número de Folio: B1151821).**

Favor de remitir los documentos originales, formatos y comprobantes de pago a:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F., C.P. 11000.

21 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de un reclamo, Bupa se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de Bupa.

22 PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de

peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Bupa.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

23 CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN: En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derecho de póliza, ni costo de USA MED, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante a Bupa.

El Contratante y/o el Asegurado Principal están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas, si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Con la terminación del seguro, terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro estarán cubiertas durante un plazo de treinta (30) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia del seguro.

El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.

Ningún Asegurado será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

Será causa de terminación anticipada del presente Contrato, sin responsabilidad para Bupa, si el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, fuere condenado por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien es mencionado en las listas como las que emite la OFAC (Office Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrado en la comisión de los delitos señalados.

En caso que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre

dentro del periodo de vigencia, Bupa la rehabilitará, por el periodo de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de Seguro que se está rehabilitando.”

24 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA:

El Contratante y/o el Asegurado estarán obligados a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del Asegurado Principal o de cualquier otro Asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Principal y/o los Asegurados hayan omitido notificarle tales sucesos.

El Asegurado también estará obligado a proveerle a Bupa todas las informaciones disponibles y necesarias para la tramitación, por parte de Bupa, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta facultará a Bupa a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial.

Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al Asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado.

25 SUBROGACIÓN:

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones

contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

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

26 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:

La carátula de esta póliza, las condiciones generales, endosos y recibos, serán enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB siempre y cuando el Contratante o Asegurado haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

No obstante lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a este seguro estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del Contratante y /o Asegurado previamente a su contratación en la página de internet www.bupa.com.mx.

Queda expedito el derecho del Contratante o Asegurado para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.

AVISO DE PRIVACIDAD

La información personal proporcionada por el Asegurado titular de la información ("EL TITULAR"), consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que Bupa recolecte o haya recolectado por cualquier vía incluyendo electrónicamente, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato de seguro celebrado, al cual se incorpora el presente aviso como parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

La información del TITULAR que Bupa recabe, será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, el Asegurado TITULAR autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios que se hubiesen con el Titular.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o

responsable de Datos Personales de Bupa, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I.- Identificación oficial o documentación con que se acredite la representación del Titular.
- II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

Bupa dará respuesta a dicha solicitud, en un plazo máximo de veinte (20) días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el TITULAR puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.

Bupa se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.bupa.com.mx.

Se entenderá que el TITULAR consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza **no proporciona cobertura o beneficios** en ninguno de los siguientes casos, ni sus complicaciones:

- 1 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**
 - (a) Que no sea médicamente necesario; o
 - (b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores de convenio; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico profesional de la medicina; o
 - (d) Que está relacionado con el cuidado personal; o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es medicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- 2 Cualquier cuidado o tratamiento, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas por el propio Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol, uso de drogas no prescritas médicamente, uso de sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.**
- 3 Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro**

procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.

- 4 Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
- 5 Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 6 Cualquier enfermedad, lesión, complicación, o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza, con excepción de lo dispuesto en la cláusula de período de espera.
- 7 Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento que no sea médicamente necesario, a menos que sea resultado de una lesión, accidente, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. También está excluido cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.
- 8 Cualquier gasto relacionado con enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes a la contratación del seguro, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.
- 9 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido, o que sea considerado experimental y/o no sea aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaría de Salud de la República Mexicana (SS) y por la Administración de

- Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).**
- 10** Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestas bajo la dirección de una **a u t o r i d a d** gubernamental.
 - 11** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultantes de una enfermedad o padecimiento cubierto. Están expresamente excluidas las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, Apnea del Sueño y cualquier otro desorden del sueño.
 - 12** Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
 - 13** Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.
 - 14** El tratamiento o servicio por cualquier padecimiento, enfermedad, accidente médico, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso, o no cubiertas bajo esta póliza.
 - 15** Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de

- peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
- 16 Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo, pero no limitado a, callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
 - 17 Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, independientemente de la razón o padecimiento que haya dado origen a la receta médica.
 - 18 Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
 - 19 La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
 - 20 Cualquier enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como ha sido estipulado bajo las coberturas de esta póliza.
 - 21 Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
 - 22 Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o de la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o las

derivadas de riñas en las que el Asegurado haya sido el provocador.

- 23** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza.
- 24** La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.
- 25** Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
- 26** Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.
- 27** Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
- 28** Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.
- 29** Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las coberturas de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e

- implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 30** Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 31** Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional.
- 32** Cirugía Bariátrica, tratándose de asegurados que no cuenten con un período ininterrumpido de la cobertura de dos (2) años a partir de la inclusión de la cobertura en su póliza.
- 33** Cirugía Bariátrica para aquéllos Asegurados que cumplan sesenta (60) años de edad.
- 34** El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos.

DEFINICIONES

1.ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Para los padecimientos de nariz, ligamentos, columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura según aplique, o politraumatismos. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.

2.DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa, súbita e imprevista.

3.TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

4.ENDOSO: Documento agregado a la póliza por Bupa y que forma parte de la misma, que aclara, explica, o modifica sus Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contra ponga.

5.ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO: Una alteración del organismo, cuya única causa es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables, que ponga en peligro la vida del Asegurado y/o que cause un daño permanente a un órgano vital. La existencia de dicha enfermedad o padecimiento será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de

Bupa, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

6.HONORARIOS DE ANESTESISTA: Cargos de un médico anestesista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.

7.FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.

8.SOLICITANTE: La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura.

9.SOLICITUD: Declaración escrita en un formulario por el Solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por Bupa para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La Solicitud de Seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Compañía, historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, Bupa antes de la emisión de la póliza.

10.HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE: Cargos del médico o cirujano que ayudan al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.

11.HOSPITALES Y/OPROVEEDORES DE CONVENIO CON BUPA TOTAL: El Asegurado, podrá recibir la atención médica requerida con los médicos y hospitales con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué médico u hospital de convenio quiere obtener la atención médica cubierta por esta

póliza. La lista de **hospitales y/o proveedores de convenio** Bupa Total está disponible en USA Medical Services o en la página web, www.bupa.com.mx, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

12. AÑO CALENDARIO: Del 1ero de enero al 31o de diciembre del mismo año.

13. CARÁTULA: Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.

14. COMPLICACIONES DEL PARTO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

15. COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD: Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea no son consideradas una complicación de la maternidad.

16. CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS: Cualquier enfermedad o padecimiento existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

17. PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

(1) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o

(2) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

18. EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquellos en que la fecha actual del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha de cobertura para la madre Asegurada.

19. CUIDADOS PERSONALES: Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionadas por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, ir al baño, etc.)

20. DEDUCIBLE: La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

21. COASEGURO: La cantidad a cargo del Asegurado establecido como un porcentaje de los gastos cubiertos, después de aplicar el deducible. Dicho porcentaje queda indicado en la Carátula de la Póliza.

22. CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO: Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.

23. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: Servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones.

24.FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

25.FECHA EFECTIVA: Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la carátula de la póliza.

26.EMERGENCIA: Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por signos y/o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado, si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

27.TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

28.TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

29.PERÍODO DE GRACIA: El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual Bupa permitirá que la póliza sea pagada.

30.TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

31.ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, más no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

32.ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar,

los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los Cuidados Personales.

33.HOSPITAL: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

34.SERVICIOS HOSPITALARIOS: Personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

35.ENFERMEDAD O PADECIMIENTO: Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

36.LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

37.HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o padecimiento también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

38.ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por Bupa. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Principal y todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

39.MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); o
- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

40.RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

41.ENFERMERO(A): Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

42.SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requiere hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

43.MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “Médico” o “Doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

44.ASEGURADO PRINCIPAL: El Solicitante nombrado en la Solicitud de Seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

45.AÑO PÓLIZA: El periodo de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier periodo subsiguiente de doce (12) meses.

46.ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Son aquéllos padecimientos y/o enfermedades existentes previamente a la celebración del contrato, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o un diagnóstico realizado por un médico legalmente autorizado, o

bien que hubiese sido diagnosticada mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquéllos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Bupa podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

47.MEDICAMENTOS RECETADOS:

Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

48.SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:

Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos Servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

49.FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

50.ANEXO: Un documento añadido a la póliza por Bupa que agrega y detalla una cobertura opcional.

51.SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:

La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

52.PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:

Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

53.GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:

Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica, y de acuerdo con los tabuladores que Bupa tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores de convenio.

54.CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:

Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

55.TABLA DE BENEFICIOS:

Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos, que serán pagados una vez que superen el deducible y coaseguro anual aplicables, detallados en la carátula y condiciones generales de la Póliza.

56.SÍNTOMA: Referencia que da un Asegurado o médico tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico.

57.SIGNOS: Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por un médico tratante.

58.SUMA ASEGUADA POR PERSONA POR AÑO PÓLIZA: Monto en millones de dólares americanos por persona y por año póliza, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los Gastos Médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el Extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la Póliza.

La suma asegurada para la reclamación en curso, será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos, ocurridos durante el mismo año póliza.

Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias

previas, aún para aquéllos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos, hubieran agotado la suma asegurada por persona por año.

59.BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA: Se establecen 100 millones de pesos, como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

60.EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

61.PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población

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 02 de diciembre de 2015 con el número CNSF-S0065-0561-2015,

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL +1 (305) 275 1500

1. **Ayuda** para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. **Apoyo** de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. **Acceso** a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. Al notificarnos con anticipación, podemos proporcionarle la **mejor** atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

ANTES

Al notificar a USA Medical Services que un asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestro personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional en USA Medical Services coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento. Por favor asegúrese de notificar a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275 1500 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@bupalatinamerica.com por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico, o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE DEBE CONSULTAR A UN ESPECIALISTA O HACERSE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico. El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE NECESITA CIRUGÍA, TRATAMIENTO AMBULATORIO O SER HOSPITALIZADO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefiere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:

1. Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
2. Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
3. Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
4. Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

Al salir del hospital: Para procesar su reclamación, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de una red de hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reembolso, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Recibo de Honorarios Médicos, Enfermeras y Medicamentos a nombre de:
 - Asegurado, ó;
 - Asegurado Titular (en caso de ser menor de edad), ó;
 - Contratante, ó;
 - El resto de los gastos a nombre de:
 - **BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE**

SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC:

BMS030731PC4

Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
México, D.F., C.P. 11000

Número de Folio:
B1151821

- Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
México, D.F., C.P. 11000



Bupa México Compañía de Seguros,
S.A. de C.V
Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
C.P. 11000
México, D.F.
Tel. (55) 5202 1701
www.bupa.com.mx