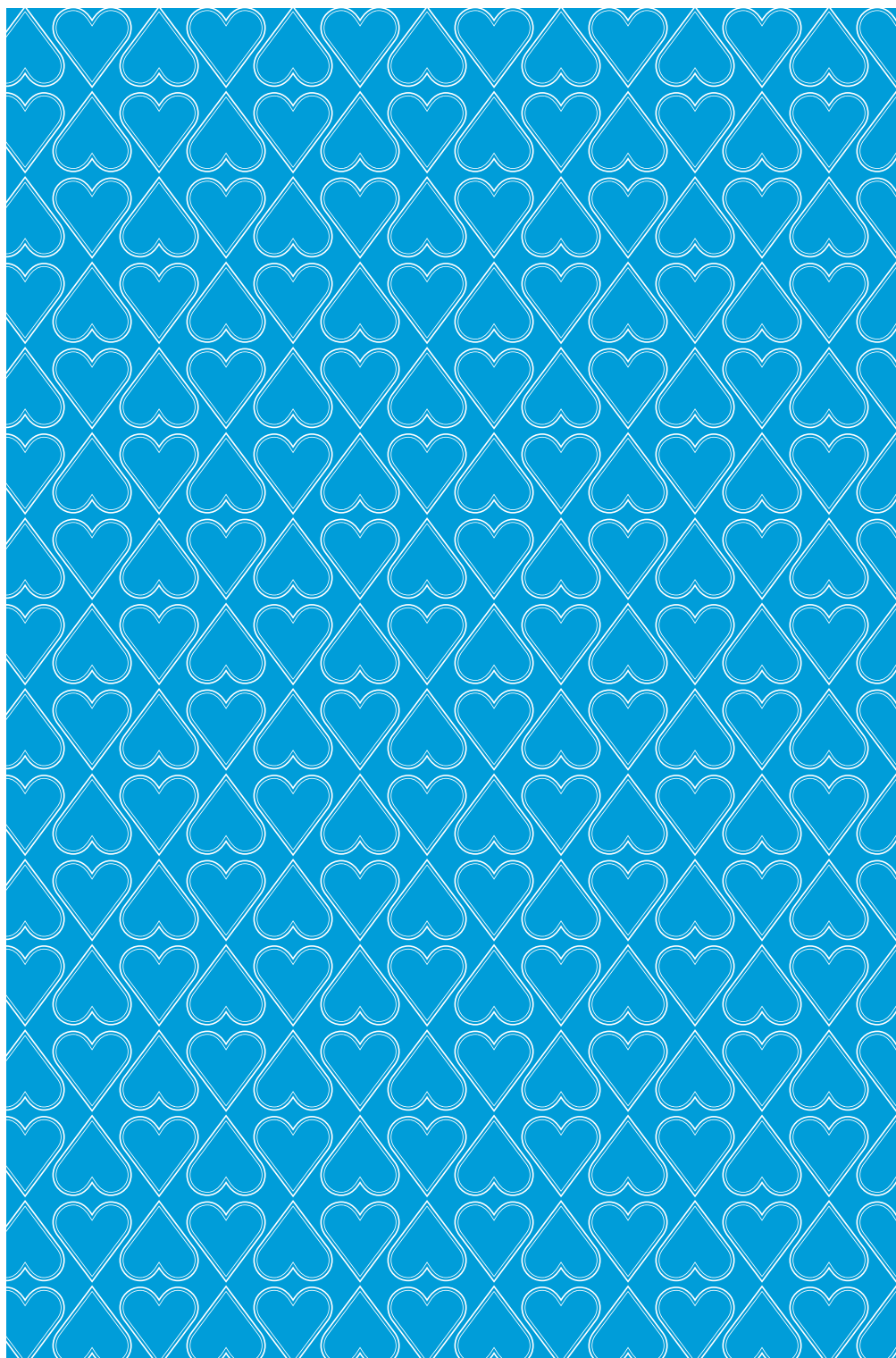




Guía para Asegurados

**BUPA
SELECT**



CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	4
Bienvenido a Bupa.....	5
USA Medical Services	6
Administre su póliza en línea.....	7
Su cobertura	8
Opciones de deducible.....	8
Para contactarnos.....	9
OBJETO DEL SEGURO.....	10
DEFINICIONES.....	16
CONTRATO.....	22
VIGENCIA DEL SEGURO.....	27
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO TITULAR.....	28
COBERTURA	
Tabla de beneficios.....	31
Gastos cubiertos.....	33
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	40
ENTREGA DE DOCUMENTOS.....	45
AVISO DE PRIVACIDAD.....	46
SUPLEMENTO	
¿Cómo funciona el proceso de reclamación?	48
Notificación: primer paso en el proceso de reclamo	49
Cómo solicitar un reembolso.....	51

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 millones de personas alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 70 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 85,000 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 Select 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 Select, 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:

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

Ciudad de México, 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...cuente con USA Medical Services.

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

En los EE.UU.:

+1 (305) 275-1500

Sin costo 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.

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, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deducible (US\$)				
Plan	1	2	5	7
Dentro y Fuera del país de residencia	1,000	2,000	5,000	20,000

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 más detalle, por favor referirse a la Tabla de beneficios y las Condiciones de la póliza.

El deducible aplicable será el contratado y que se refleja en la carátula de su 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

Ciudad de México, C.P. 11000

OBJETO DEL SEGURO

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 Titular o al pago directo a los prestadores de servicios, los Gastos Médicos en los que incurra el Asegurado Titular durante la vigencia de esta póliza, tanto en 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 y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este Contrato.

I.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE UN EVENTO

1.1 AVISO REQUERIDO Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA REQUERIDA

- (a) El Asegurado deberá contactar a Bupa a través de la administradora de servicios USA MEDICAL SERVICES, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico, ya sea dentro o fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa. En caso de requerir tratamiento médico de emergencia, el Asegurado deberá efectuar la notificación respectiva dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al inicio del tratamiento, sin importar si la emergencia fue atendida dentro o fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio, dichos plazos deberán cumplirse salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso, se deberán cumplir tan pronto desaparezca el impedimento.
- (b) 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 entre los proveedores en convenio de Bupa y en común acuerdo entre el Asegurado, Bupa 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 entre los proveedores en convenio de Bupa y en común acuerdo entre el Asegurado, Bupa 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.

Si un Médico Tratante ha recomendado realizar un procedimiento médico o quirúrgico que no sea de emergencia y si Bupa considera que una segunda opinión médica o quirúrgica es

necesaria, ésta será coordinada por USA MEDICAL SERVICES con el médico designado por ésta y el Asegurado y con cargo a Bupa. Únicamente las segundas opiniones requeridas y coordinadas por USA MEDICAL SERVICES serán cubiertas. En el caso en que la segunda opinión contradiga, o no confirme la necesidad del procedimiento o de la cirugía, Bupa también pagará por una tercera opinión de un médico seleccionado por USA MEDICAL SERVICES y el Asegurado. Si la segunda o tercera opinión confirma la necesidad del procedimiento médico o de la cirugía, los beneficios correspondientes serán cubiertos de acuerdo con esta póliza.

Si el Asegurado no entra en contacto con Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES como se ha establecido previamente o no se somete a la Segunda Opinión médica o quirúrgica requerida, el Asegurado Titular será responsable del 30% (treinta por ciento) de los gastos cubiertos de médicos y hospitales utilizados para la atención de la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro aplicables.

2.- USA MEDICAL SERVICES PUEDE SER CONTACTADA A TRAVÉS A LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE TELÉFONO:

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 costo:

01 800 3 26 33 39

Sin costo desde los EE.UU.:
1-800-726-1203

En los EE.UU.:

(305) 275-1500

Correo electrónico a:

usamed@usamedicalservices.com.

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."

3.- EXÁMENES MÉDICOS Y DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA

Bupa, a su costa, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Asegurado, cuyas enfermedades o lesiones sean la base de una reclamación, cuando y cuantas veces lo considere necesario para determinar la procedencia de la misma. El Asegurado o sus representantes, proporcionarán todos los resúmenes clínicos y reportes médicos cuando sean solicitados por Bupa y 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 la entrega de los resúmenes clínicos solicitados por Bupa, será motivo para que la reclamación sea rechazada. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a Bupa a rescindir la póliza.

4.- COBERTURA GEOGRAFICA:

Esta Póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán, Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa. El asegurado titular y/o contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia, tanto suyo

como de cualquier dependiente incluido en la póliza, dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún asegurado fuera de la República Mexicana.

5.-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, Ciudad de México, C.P. 11000.**

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, Ciudad de México, C.P. 11000.

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, Ciudad de México, C.P. 11000.**

6.- PAGO DE RECLAMACIONES

Es política de Bupa efectuar los pagos directamente a médicos, hospitales certificados, sanatorios o clínicas en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Titular, después de aplicar el deducible y coaseguro que corresponda, los gastos médicos cubiertos cuya cantidad resulte la menor de:

- (a) El costo de los servicios cobrados
 - (a) El costo de los servicios cobrados por el proveedor; o
- (b) El costo de los servicios convenidos entre Bupa y el proveedor para el procedimiento correspondiente; o
- (c) Los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables para esa área en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades, deberá ser cubierto por el Asegurado Titular.

En caso de muerte del Asegurado Titular, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago a su sucesión legal.

7.- MONEDA

Los pagos que las partes deban realizar conforme a esta póliza, se efectuarán en dólares o en su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio vigente que rija en el lugar y fecha en que se efectúe el gasto pago, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

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 causaron.

8.- 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 30 días siguientes a partir de dicha recepción, en 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.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente 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”.

DEFINICIONES

Para efectos de interpretación y cumplimiento de la presente póliza, las partes convienen adoptar las definiciones siguientes:

1.ACCIDENTE AMPARADO: 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.ACTIVIDAD PELIGROSA: Cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limita a: Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, “bungee jumping”, participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

3.AERONAVE PRIVADA: Cualquier aeronave que no pertenezca a una línea aérea comercial, operada por pilotos comerciales profesionales con licencia, con horarios de vuelos regulares preestablecidos entre aeropuertos establecidos

4.AMBULANCIA AÉREA: Aeronave provista por una compañía autorizada, que cuenta con personal con entrenamiento médico, equipada para tratar emergencias médicas.

5.AMBULANCIA TERRESTRE: Vehículo terrestre equipado para todas las emergencias médicas, provisto por una compañía autorizada y que cuenta con personal con entrenamiento médico.

6.AÑO PÓLIZA: Periodo de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la Fecha de Efectividad de la póliza, según cada Periodo de Seguro.

7.ASEGURADO TITULAR: Persona física residente en territorio de la República Mexicana, quien ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos impuestos por Bupa para tener tal carácter y que se encuentra cubierta por los riesgos que ampara esta póliza, a quien, de acuerdo al caso de que se trate y si resultan procedentes, se pagarán los gastos médicos cubiertos por esta póliza.

8.ATENCIÓN MÉDICA ASISTENCIAL: Servicios médicos suministrados que incluyen, pero no están limitados a: cuarto y alimentos, así como asistencia personal que no requiera la destreza de profesionales autorizados y que generalmente son proporcionados durante largos periodos de tiempo.

9.CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Documento que integra y forma parte de la póliza, en el que se especifica la fecha en que inicia y termina la cobertura, el plan contratado, condiciones, alcance y límites de cobertura y lista de los Asegurados amparados por la póliza.

10.CLASE: Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducible, grupo de edad, plan, año de póliza o una combinación de cualesquiera de éstos.

11.COBERTURA OPCIONAL: Beneficios adicionales contratados por el Asegurado Titular y/o Contratante de la póliza, en adición al Seguro básico y que aparecen como tal en la Carátula de la Póliza.

12.COASEGURO: Cantidad a cargo del Asegurado Titular establecida como un porcentaje de los gastos cubiertos, después de aplicar el deducible. En caso de accidentes amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata, no se aplicará coaseguro para el período de la primera hospitalización.

13.COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO: Desórdenes no causados por factores genéticos, manifestados durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida del recién nacido, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, prematuridad, distrés respiratorio y traumatismos durante el nacimiento.

14.CONTRATANTE: Persona física o moral que ha solicitado a Bupa la celebración del Contrato de seguro y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en el mismo.

15.CUIDADOS DE RUTINA DEL RECIÉN NACIDO: Atenciones habituales que se proporcionan a un recién nacido saludable.

16.CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR: Atenciones o tratamientos médicos que el Asegurado recibe en su hogar, siempre que hayan sido ordenados y certificados por escrito por el Médico Tratante del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Estos cuidados o tratamientos deben ser aprobados previamente por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES e incluyen los servicios de personas legalmente autorizadas para el ejercicio

de su profesión tales como, pero no limitadas, a enfermeras, terapeutas, etc. fuera del hospital y que no están incluidas en la Atención Médica Asistencial.

17.DEDUCIBLE: Es el monto fijo de los gastos médicos cubiertos, que el Asegurado Titular debe pagar antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos y cuyo importe se indica en la Carátula de la Póliza. En caso de Accidentes amparados no se aplicará deducible.

18.DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO TITULAR: El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con la que viva en concubinato y los hijos, ya sean consanguíneos o por parentesco civil (adopción), hijastros o aquellos menores respecto de los cuales el Asegurado Titular desempeñe la tutoría legal o testamentaria, siempre que reúnan las siguientes características:

- (a) Residan en territorio de la República Mexicana,
- (b) Hayan sido identificados en la solicitud respectiva y,
- (c) Sean aceptados expresamente por Bupa.

Para efectos de esta póliza, a los Dependientes Económicos del Asegurado se les denominará "Dependientes" y al Asegurado Titular y a los Dependientes, se les llamará en forma conjunta como los "Asegurados".

19.DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGÉNITOS: Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

20.EMERGENCIA: Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por

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

21.ENDOSO: Documento con el que se modifican las condiciones generales de la póliza, previo acuerdo entre las partes y que forma parte integral de la misma.

22.ENFERMEDAD AMPARADA: Es aquella condición patológica del cuerpo, que presenta un conjunto de signos, síntomas y hallazgos de laboratorio particulares a la misma, que convierte esta condición en anormal y diferente a una condición normal del estado del organismo, siempre que dicha enfermedad no se encuentre excluida expresamente en las condiciones generales de la póliza.

23.ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO: Una condición anormal 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 condición 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.

24.ENFERMERA: Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

25.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 periodo 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.

26.EVENTO: Cada una de las “Enfermedades” y / o “Accidentes” amparadas por la póliza.

27.FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la Fecha de Efectividad de la póliza indicada en la Carátula de la Póliza.

28.FECHA DE EFECTIVIDAD: Fecha en que comienza el período de cobertura de esta póliza y es indicada en la Carátula de la misma.

29.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.

30.HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA CERTIFICADOS.: Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes del país de que se trate y que no es un lugar de reposo, ni para ancianos, ni para convalecientes, ni una instalación para cuidados médicos por largo tiempo.

31.HOSPITALES Y/O PROVEEDORES

EN CONVENIO: Grupo de hospitales y médicos con los cuales Bupa tiene celebrados convenios para atender asegurados. La lista de hospitales y médicos de esta red se adjunta a su póliza ó se puede obtener de USA MEDICAL SERVICES, en la página web www.bupasalud.com; dicha lista puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

32.LESIÓN: Daño imprevisto causado al organismo por una causa externa.

33.MÉDICAMENTE NECESARIO:

Tratamiento médico o quirúrgico, servicio o suministro médico el cual es determinado por el Médico Tratante y USA MEDICAL SERVICES como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente amparados. Un tratamiento médico o quirúrgico, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- (a) No es imprescindible para el restablecimiento de la salud del paciente y es proporcionado solamente como una conveniencia para los Asegurados, su familia o el prestador del servicio; o
- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión.

34.MÉDICO ASISTENTE: Persona que cumple con la definición de Médico Tratante y actúa en auxilio de éste o del médico especialista en una intervención quirúrgica

35.MÉDICO ESPECIALISTA: Persona que reúne los requisitos de la definición de Médico Tratante y cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica. Esta definición también incluye a personas autorizadas para la práctica de la Odontología.

36.MÉDICO TRATANTE: Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano, que brinda control y tratamiento médico o quirúrgico al Asegurado, siendo el responsable médico del paciente asegurado.

37.PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:

Los padecimientos preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Los que son declarados al momento de llenar la solicitud de seguro:
 - i. Si el Asegurado NO ha presentado síntomas, signos o tratamiento por un periodo de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, se cubrirán después de transcurrido el periodo de espera de sesenta (60) días
 - ii. Si el Asegurado SI ha presentado síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un periodo de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, los gastos por tales padecimientos, se cubrirán después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza.
- (b) Los que no son declaradas y son conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: **Estos padecimientos preexistentes NUNCA estarán cubiertos durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa rescindirá la póliza con base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.**

Para este último caso, Bupa sólo rechazará la reclamación cuando se tengan las siguientes pruebas, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 30.3.1 de la Circular Única de Seguros:

- I. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- II. 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.

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

39.PERIODO DE SEGURO: Es el lapso para el cual resulta calculada la unidad de la prima.

40.PROVEEDORES: Hospitales, médicos, laboratorios y cualquier servicio de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o accidente.

41.RECIÉN NACIDO: Niño o niña durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida.

42.RESIDENTE EN MÉXICO: El Asegurado que viva en territorio de la República Mexicana la mayor parte del año póliza o del año calendario, el cual corre del 1º (primero) de enero al 31 (treinta y uno) de diciembre del mismo año, o durante más de 180 (ciento ochenta) días continuos en cualquier periodo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días mientras la póliza esté en vigor.

43.SERVICIOS HOSPITALARIOS: Tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por el Médico Tratante para un Asegurado internado en un hospital, sanatorio o clínica, siempre y cuando dicha estancia sea justificada y comprobable para el tratamiento o restablecimiento de la enfermedad o lesión amparados.

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

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

46.SOLICITUD: Declaración escrita en un formulario por un prospecto de asegurado sobre sí mismo y sus dependientes, usada por Bupa para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario y otros documentos proporcionados a, o solicitados por Bupa antes de la emisión de la póliza.

47.SUMA ASEGURADA DE POR VIDA: Monto en millones de dólares americanos por persona, 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.

En cada renovación, la suma asegurada para la reclamación en curso, será la suma asegurada, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado durante el mismo año póliza o efectuados en vigencias previas, por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos a dicho asegurado.

48. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

El medicamento necesario debido a una emergencia.

49. USA MEDICAL SERVICES: Empresa con la cual Bupa tiene celebrado un convenio para proporcionar, entre otros, los siguientes servicios a los Asegurados:

- (a) Proporcionar información a los Asegurados acerca de los hospitales y médicos de la Red de Proveedores Preferidos;
- (b) En caso de un accidente o enfermedad amparada que sufra el asegurado:
 - (b).1. Coordinar los servicios proporcionados por la Red de Proveedores Preferidos u otros proveedores.

CONTRATO

NÚMERO DE RECAS: CONDUSEF-003023-01

1) INTEGRACIÓN DEL CONTRATO

La Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, los Endosos y las Coberturas Opcionales que se incorporen, los cuales se emiten en consideración a las solicitudes, cuestionarios, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos solicitados al Contratante y/o Asegurado Titular por Bupa para la apreciación del riesgo, constituyen testimonio del Contrato celebrado entre el Contratante y Bupa.

2) OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES (DISPUTABILIDAD)

El Contratante y/o el Asegurado Titular 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.

3) TERMINO DE TREINTA DÍAS PARA RECTIFICAR EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA. (RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA) Y CANCELACIÓN

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 (veinticinco) 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 impuesto respectivo, menos el costo administrativo de expedición de la póliza que es de USD\$75 (setenta y cinco dólares US/CY) o su equivalente 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 su vigencia.

La Póliza podrá ser cancelada o no renovada a petición del Contratante

mediante aviso dado por escrito a Bupa, o bien, solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del contratante se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La cancelación o no renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

En caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante decidan dar por cancelado el Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el 65% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Asegurado Titular y/o el Contratante a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

4) MODIFICACIONES AL CONTRATO

Después de emitida la póliza cualquier cambio o modificación al Contrato o a las Coberturas Opcionales serán válidas siempre y cuando hayan sido acordados por el Contratante y Bupa y se hagan constar mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Bupa, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Los funcionarios autorizados de Bupa son los únicos que pueden modificar el Contrato.

5) COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Usuarios 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.

6) NOTIFICACIONES

Las notificaciones realizadas al Contratante y/o Asegurado Titular en el último domicilio señalado por éstos, serán válidas hasta en tanto no notifiquen por escrito algún cambio en el mismo.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a Bupa por escrito, precisamente en el domicilio señalado en la Carátula de la Póliza, salvo en los casos establecidos en el Capítulo I denominado "Procedimiento para la Atención de un Evento".

7) EDAD DE ADMISIÓN

Esta póliza sólo puede ser emitida a personas que sean residentes en territorio de la República Mexicana, con una edad mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para los Dependientes elegibles, y hasta un máximo de 74 (setenta y cuatro) años de edad.

8) CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado Titular 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 30 (treinta) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar

por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de 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 a considerar rescindido el Contrato 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 le haya sido emitido, entonces la cobertura de esta póliza estará limitada a la Red de Proveedores Preferidos hasta la siguiente fecha de renovación, en que la póliza terminará automáticamente.

9) 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 Usuarios 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”.

10) CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

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.

11) SUBROGACIÓN

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa de un 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.

12) AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Bupa cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Las obligaciones de Bupa quedarán

extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado

algún Tratado Internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Bupa consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad

determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

13) INFORMACIÓN SOBRE 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VIGENCIA DEL SEGURO

1) INICIO 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 las 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 Titular para terminar su cobertura;
- (d) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente,
o
- (e) Por alguna de las causales establecidas por la legislación aplicable o por mandato judicial.

2) 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 20 días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

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

Bupa informará al contratante o al Asegurado, con al menos treinta 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.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO TITULAR

1) PAGO DE LAS PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar las cantidades que señale Bupa como primas, 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.

Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza, impuesto al valor agregado (IVA) y, en su caso, la tasa de financiamiento que corresponda por pago fraccionado de las primas.

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.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y Bupa no garantiza la entrega de los mismos. Si el Contratante no recibe un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la fecha de vencimiento y no conoce el monto de la prima, deberá contactar a su agente de seguros o a Bupa.

Cualquier prima vencida y no pagada será reducida de cualquier indemnización cubierta.

2) VENCIMIENTO

La prima vencerá en la fecha en que comience cada Período de Seguro y en la fecha de inclusión de un Dependiente, en su caso.

3) LUGAR DE PAGO

El Contratante deberá pagar las primas pactadas a su vencimiento, en las

oficinas de Bupa indicadas en la Carátula de la Póliza, contra entrega del recibo de pago de primas expedido por ésta 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.

4) PERÍODO DE GRACIA

Si la prima o la primera fracción de ella, en caso de pago en parcialidades, no es recibida en la fecha de su vencimiento, Bupa concederá un período de gracia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de vencimiento para que la prima o la fracción de ella, en su caso, sea pagada.

Si la prima o la fracción de ella no es recibida por Bupa dentro del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas del último día de ese plazo.

5) COMPROBANTE DE PAGO

En caso de que la prima de la póliza sea pagada con cargo automático a una cuenta de cheques o a una tarjeta de crédito, emitida por una Institución Bancaria en convenio con Bupa, el estado de cuenta en el que aparezca dicho cargo y su referencia a esta póliza fungirá como comprobante de pago, ya que el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente de dicho pago.

En caso de que por causas imputables al Contratante y/o Asegurado Titular no pueda efectuarse el cargo, el Seguro cesará en sus efectos, por lo que el

Contratante debe verificar que en su estado de cuenta se le haya realizado el cargo correspondiente de la prima a pagar. En caso de que no se reflejara el cargo en su estado de cuenta; el Contratante tiene la obligación de avisar a Bupa de que no fue realizado el cargo, para que ésta proceda a realizar el cargo correspondiente.

6) 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 Bupa.
- 2.- El(los) Asegurado(s) cumplan(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.

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

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

7) EXPERIENCIA DE RECLAMACIONES

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

8) ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE DEPENDIENTES

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 Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el Asegurado Titular 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 Titular, 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 Titular 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 vertidas 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.

9) INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

El Contratante podrá solicitar la inclusión en la póliza de cualquier dependiente que cumpla con los requisitos establecidos en la misma. La solicitud deberá hacerse en los formularios proporcionados por Bupa y quedará sujeta a pruebas de asegurabilidad.

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la póliza podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en el numeral 14) COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO del Capítulo VII.- GASTOS CUBIERTOS.

10) AJUSTES DE PRIMA

En caso de altas de Asegurados o de aumento de beneficios, Bupa cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del Período del Seguro.

11) Esta póliza proporciona cobertura únicamente en la “Red de Proveedores Preferidos”. Ningún beneficio está cubierto por servicios prestados fuera de esta red; En caso de un tratamiento médico de emergencia se cubrirá de acuerdo al numeral

12) TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DEL CAPÍTULO VII GASTOS CUBIERTOS.

En aquellos casos en que la Red no sea especificada en su país de residencia, no existe restricción en cuanto a los hospitales que usted pueda utilizar en su país de residencia.

COBERTURA

1. TABLA DE BENEFICIOS

La **Suma Asegurada Máxima** es de **USD\$2,000,000.00 (DOS MILLONES DE DOLARES US/CY)** por Asegurado, de por vida, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones que se indican en la presente póliza.

COBERTURA	BENEFICIO MÁXIMO
1) Habitación estándar, incluyendo alimentos del Asegurado.	100%
2) Unidad de cuidados intensivos, incluyendo alimentos	100%
3) Cuidados de maternidad. (no aplica deducible ni coaseguro)	USD\$2,000.00 (dos mil dólares US/CY)
4) Cobertura del recién nacido (no aplica deducible ni coaseguro)	USD\$10,000.00 (diez mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
5) Desordenes congénitos y hereditarios <ul style="list-style-type: none">• Manifestados: Antes de la edad de 18 (dieciocho) años• A partir de la edad de 18 (dieciocho) años.	USD\$100,000.00 (cien mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida. USD\$2,000,000.00 (dos millones de dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
6) Tratamiento de emergencia fuera de la red de proveedores preferidos (por evento)	USD\$25,000.00 (veinticinco mil dólares US/CY)
7) Ambulancia aérea.	USD\$50,000.00 (cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.
8) Ambulancia terrestre.	USD\$1,000.00 (mil dólares US/CY) por evento.
9) SIDA	USD\$200,000 (doscientos mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida
10) Repatriación de restos mortales	USD\$5,000.00 (cinco mil dólares US/CY) por evento
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.	
Cualquier gasto amparado pagado reducirá la Suma Asegurada y beneficio correspondiente del Asegurado de que se trate.	

Plan	Deducible	Coaseguro	Cobertura de Maternidad y del recién nacido
MS1	El estipulado en la carátula de la póliza	10% con máximo de USD\$2,500.00 (dos mil quinientos dólares US/CY)	Amparado
MS2	El estipulado en la carátula de la póliza	10% con máximo de USD\$2,500.00 (dos mil quinientos dólares US/CY)	Amparado
MS5	El estipulado en la carátula de la póliza	10% con máximo de USD\$2,500.00 (dos mil quinientos dólares US/CY)	No cubierto
MS7	El estipulado en la carátula de la póliza	10% con máximo de USD\$2,500.00 (dos mil quinientos dólares US/CY)	No cubierto

2. DEDUCIBLE

En caso de Enfermedad o Accidente amparados, el Asegurado Titular deberá pagar directamente al Proveedor, la cantidad establecida como deducible en la Carátula de la Póliza, 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.

En caso de Accidentes Amparados no se aplicará deducible.

Durante cada año de vigencia de la póliza, únicamente se aplicará (1) un deducible por Asegurado, con un máximo de 2 (dos) deducibles por póliza, por año póliza.

Cualquier gasto elegible en que incurra el Asegurado durante los 3 (tres) últimos meses del año póliza y que sea usado para satisfacer el deducible de ese año póliza será transferido y aplicado al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.

3. COASEGURO

El Asegurado Titular es responsable por el 10% (diez por ciento) de los gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparado por la póliza y hasta un límite máximo de \$2,500 USD, después de satisfacer el deducible establecido.

Durante cada vigencia anual de la póliza, únicamente se aplicará un coaseguro por Asegurado Titular o Dependiente, por año póliza.

GASTOS CUBIERTOS

Bupa cubrirá los gastos médicos que a continuación se indican, incluyendo el Impuesto al Valor Agregado (IVA) que estos generen, hasta por el monto correspondiente al **Gasto Usual, Acostumbrado y Razonable**, sujeto a los límites correspondientes a aquellas coberturas cuyo monto máximo a indemnizar se especifique en esta póliza o que se indiquen en Cobertura Opcional.

1) SERVICIOS DE HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA

Tratamientos médicos y / o quirúrgicos que por indicación del médico tratante sean necesarios para atender un evento cubierto, incluyendo medicamentos y materiales de curación para la atención de Asegurados.

2) CUARTO DE HOSPITAL Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO

Habitación estándar y alimentos, de acuerdo a Tabla de Beneficios.

3) CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR Y TERAPIA AMBULATORIA

Los cuidados médicos y tratamientos estarán cubiertos previa aprobación por parte de USA MEDICAL SERVICES. Para ello se requerirá la recomendación por parte del médico tratante, indicando la necesidad médica del mismo acompañada del plan para dicho tratamiento.

4) HONORARIOS DEL MÉDICO TRATANTE

Los honorarios por la realización de un tratamiento médico o quirúrgico médicamente necesario para el restablecimiento de la salud del Asegurado, hasta el Gasto Usual, Acostumbrado y Razonable.

5) HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO

Los honorarios o cargos de un Anestesiólogo por su participación en la administración de la anestesia que sea médicamente necesaria para realizar

un procedimiento quirúrgico o para controlar el dolor, los cuales deben ser aprobados previamente por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES y están limitados a la cantidad que resulte menor de:

- (a) 100% (cien por ciento) de los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables por los cargos del anestesiólogo; 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.
- (d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área geográfica determinada.

6) HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

Los honorarios del médico o cirujano asistente están cubiertos cuando sus servicios sean médicamente necesarios y aprobados previamente por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES. Los honorarios del médico o cirujano asistente están limitados a la cantidad que resulte menor de:

- (a) 20% (veinte por ciento) de los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables para el procedimiento quirúrgico de que se trate; o
- (b) 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o

(c) Si es necesaria la participación de más de un médico o cirujano asistente, 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 dicho procedimiento quirúrgico; o

(d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área geográfica determinada

7) TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

Los Honorarios por tratamientos, tales como: radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhalo terapia y otros semejantes serán cubiertos siempre y cuando sean autorizados y coordinados por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES.

Prótesis, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables, implantes, y medicamentos altamente especializados (Ej. Interferón, Procrit, Avonex, etc.) serán cubiertos, pero deben ser coordinados con anticipación por USA MEDICAL SERVICES. Los tratamientos especiales serán provistos por Bupa o reembolsados al costo que Bupa hubiera incurrido si los hubiera comprado a sus proveedores.

8) HONORARIOS DE ENFERMERAS PRIVADAS PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA

Se cubrirán durante un máximo de 30 (treinta) días naturales por evento, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante, se operen como una alternativa de hospitalización y sean aprobados por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES. Se cubrirán como máximo 3 (tres) turnos de 8 (ocho) horas por día.

9) SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Estos quedarán cubiertos, cuando sean médicamente necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de un evento.

10) TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Solo se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

11) TRANSPORTE DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA

La transportación de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solamente es cubierta para la atención de un accidente o enfermedad amparada para la cual el tratamiento no puede ser proporcionado localmente y la transportación por cualquier otro método puede resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. La transportación de emergencia cubre hasta la instalación médica más cercana donde el tratamiento médico adecuado pueda ser proporcionado.

(a) AMBULANCIA AÉREA:

(a).1 Todo transporte por ambulancia aérea debe ser previamente aprobado por Bupa y coordinado por USA MEDICAL SERVICES. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de USD \$50,000.00 (cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado de por vida.

(a).2. El Asegurado acuerda sacar en paz y a salvo a Bupa, USA MEDICAL SERVICES y a cualquier compañía afiliada a Bupa, por medio de formas similares de propiedad o administración, por cualquier responsabilidad resultante de tales

servicios o por demoras o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales o por el piloto, debido a condiciones operacionales o cualquier negligencia resultante de tales servicios.

(b) AMBULANCIA TERRESTRE:

La cantidad máxima pagada por este beneficio es de USD\$1,000.00 (mil dólares US/CY), por Evento.

12) TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El Plan Bupa Select ofrece tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos con los que Bupa tenga celebrados convenios, en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física del Asegurado. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la red serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (\$25,000) con el deducible normal del plan y el coaseguro (si es aplicable). El Asegurado será responsable del pago del treinta por ciento (30%) de todos los cargos médicos y de hospital relacionados a la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro aplicables, que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (\$25,000) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Preferidos.

13) CUIDADOS DE MATERNIDAD

(Los planes Select MS5 y MS7 no tienen cobertura de cuidados de maternidad):

- a. El beneficio máximo para esta cobertura es de USD\$2,000.00 (dos mil dólares US/CY) para cada embarazo, incluyendo los cuidados de rutina del recién nacido, sin aplicación de deducible ni de coaseguro.

b. Tratamientos pre y post - natales, parto, complicaciones del embarazo o del parto y el cuidado del recién nacido saludable, están incluidos en el beneficio máximo de maternidad establecido en el párrafo precedente.

c. Este beneficio aplicará sólo para maternidades cubiertas las cuales son, aquellas donde la fecha de terminación del embarazo, por parto o cesárea, es al menos 10 (diez) meses después de la Fecha de Efectividad inicial de cobertura para la madre asegurada o las que cumplan con los requisitos establecidos en el inciso siguiente. **No hay maternidades cubiertas en los planes MS5 y MS7.**

d. Tratándose de las hijas Dependientes del Asegurado Titular, únicamente se otorga cobertura a aquellas que tengan 18 años o más de edad, siempre que hubieren estado cubiertas bajo esta póliza por lo menos dos años anteriores a la fecha de inicio del embarazo, **en los demás casos no hay cobertura de maternidad para las hijas Dependientes del Asegurado Titular.**

e. Para las Aseguradas cubiertas previamente como hijas Dependientes del Asegurado Titular bajo otra póliza con Bupa, por lo menos los dos años anteriores a la fecha de inicio del embarazo, el beneficio de cuidados de maternidad se otorga desde inicio de vigencia de su nueva póliza individual, siempre y cuando exista continuidad en la póliza.

14) COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

(Los planes Select MS5 y MS7 no tienen cobertura para el recién nacido):

- a. COBERTURA PROVISIONAL: Si nace de una maternidad cubierta,

cada recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión, enfermedad o complicación del parto durante los primeros 90 (noventa) días después del nacimiento hasta un máximo de USD \$10,000.00 (diez mil dólares US/CY), sin deducible ni coaseguro.

- b. **COBERTURA PERMANENTE:** Para tener cobertura permanente, de un hijo nacido de una maternidad cubierta, debe presentarse, dentro de los primeros 90 (noventa) días de nacido, a Bupa una **"Notificación de Nacimiento"** consistente del nombre completo del recién nacido, sexo y fecha de nacimiento. Entonces la cobertura será hasta el límite de la suma asegurada de la póliza, desde la fecha de nacimiento, con el deducible y coaseguro aplicables.

La suma asegurada de la póliza para complicaciones del nacimiento relacionadas a un recién nacido, está limitada a los beneficios máximos descritos en la Cobertura Provisional.

La prima para la inclusión de un Recién Nacido, vence al tiempo de la Notificación. Si la Notificación no es recibida dentro de los 90 (noventa) días siguientes al nacimiento, entonces será requerida la presentación de una solicitud de seguro, para la adición y se deberán presentar también, pruebas de asegurabilidad.

- c. **CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE**

Cubiertos en los términos establecidos en la cobertura de CUIDADOS DE MATERNIDAD

- d. **Si no nace de una maternidad cubierta, no hay cobertura provisional para el recién nacido.**

En este caso, para agregar al recién nacido a la póliza se requiere el envío de una solicitud de seguro, cuya aceptación estará sujeta a prueba de asegurabilidad.

15) DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGÉNITOS

La cobertura bajo esta póliza para los desórdenes hereditarios y congénitos y sus complicaciones es como sigue

- El beneficio máximo de por vida para cualquier desorden congénito o hereditario que se manifieste antes que el Asegurado cumpla 18 (dieciocho) años de edad es USD\$100,000.00 (cien mil dólares US/CY) por persona, después del deducible y coaseguro (si corresponde).
- El beneficio de por vida para cualquier desorden hereditario o congénito que se manifieste en ó después que el Asegurado cumpla 18 (dieciocho) años de edad, es igual al límite máximo de suma asegurada de esta póliza, después del deducible y coaseguro (si corresponde).

16) MEDICAMENTOS RECETADOS

Solamente los medicamentos que son recetados en una admisión hospitalaria mayor a 24 horas o después de una cirugía ambulatoria, derivados de un evento amparado, serán cubiertos hasta el gasto incurrido y hasta por un período máximo de 6 (seis) meses. Transcurrido este período la cobertura será de USD \$1,000.00 (un mil dólares americanos) anuales una vez que se haya satisfecho el deducible anual.

Drogas utilizadas como quimioterapia y otras medicinas específicas usadas como alternativa a la hospitalización del paciente estarán cubiertas si son previamente autorizadas por Bupa a través de USA MEDICAL SERVICES. Para ser

consideradas se requiere que una copia de la receta del médico y la factura original detallada sea incluida con la reclamación.

17) TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

La cirugía reconstructiva o plástica será cubierta solamente cuando sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada y sea plenamente demostrado a Bupa, previamente autorizada por ésta y coordinada por USA MEDICAL SERVICES.

18) NARIZ Y SENOS PARANASALES

Los gastos originados por tratamientos médicos quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales únicamente estarán cubiertos a consecuencia de un accidente amparado siempre y cuando el tratamiento sea autorizado previamente por Bupa, a través de USA MEDICAL SERVICES mediante la presentación de los estudios radiográficos pertinentes.

19) PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Los padecimientos preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

(a) Los que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:

- i. Si el Asegurado NO ha presentado síntomas, signos o tratamiento por un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, se cubrirán después de transcurrido el período de espera de sesenta (60) días
- ii. Si el Asegurado SI ha presentado síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva

de la póliza, los gastos por tales padecimientos, se cubrirán después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza.

(b) Los que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro: Estos padecimientos preexistentes NUNCA estarán cubiertos durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa rescindirá la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

En el supuesto de que hubiera controversia entre el Asegurado y Bupa, para determinar si el padecimiento y/o enfermedad que aquél haya sufrido sea preexistente, el Asegurado tendrá opción de acudir a un procedimiento de arbitraje médico al cual Bupa esta conforme en someterse. De común acuerdo, ambas partes, determinaran a la persona física o moral que fungirá con el carácter de árbitro, elección que se efectuará de entre la lista que proporcione la CONAMED. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá ningún costo para el reclamante.

El acuerdo de arbitraje se regirá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje, más lo que de común acuerdo las partes determinen.

20) AERONAVE PRIVADA

Cualquier enfermedad o accidente sufrido como pasajero en una aeronave privada está cubierta hasta un máximo de USD\$250,000.00 (doscientos cincuenta mil dólares US/CY) por Asegurado, de por vida.

21) REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En el caso fallecimiento de un Asegurado fuera de su país de residencia, Bupa pagará hasta USD\$5,000.00 (cinco mil dólares US/CY) por la repatriación de los restos mortales del Asegurado al país de residencia, si la muerte resultó por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del Asegurado y transportarlo a su país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados con USA MEDICAL SERVICES.

22) 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, y cualquier complicación, se cubren después de 4 (cuatro) 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 y sus complicaciones, por Asegurado de por vida, es de USD\$200,000.00 (doscientos mil dólares US/CY).

23) SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un médico para el Asegurado y que no requiere hospitalización. Incluyen los servicios prestados en un hospital, sala de emergencia o quirófano.

24) ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL

La Estadía Máxima en un Hospital por una enfermedad o accidente amparados

o por cualquier tratamiento relacionado con los mismos, es de 180 (ciento ochenta) días continuos durante los 365 (trescientos sesenta y cinco) días siguientes a la primera admisión.

Una vez transcurrido este plazo los gastos que se originen, serán cubiertos por el Asegurado Titular deslindando a Bupa de cualquier responsabilidad u obligación derivada de estos.

25) 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:

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

26) PERÍODO DE CARENCIA DE BENEFICIOS

- a) El derecho de indemnización entrará en vigor cuatro (4) semanas después de la fecha de Efectividad de la póliza. Sin embargo, este período de carencia no se aplica tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y de enfermedades de origen infeccioso, así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, 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 “La Compañía”.

- b) Los gastos incurridos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus y cualquier complicación, no serán cubiertos durante los 4 (cuatro) años de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza.
- c) El período de carencia de beneficios tampoco operará tratándose de emergencias.

27) ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS

Tratándose del inciso a) del punto 26.- PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS, Bupa podrá eliminar este “Período” si los asegurados se encuentran cubiertos bajo una póliza de gastos médicos vigente con otra Institución de Seguros por lo menos durante 1 (un) año continuo y que la Fecha de Efectividad de esta póliza comience dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de expiración de la cobertura previa. La cobertura anterior debe ser declarada en la solicitud del Seguro. Este beneficio está sujeto a la presentación de la póliza y del recibo del pago de la prima del año anterior.

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 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 60 días se activarán las sumas específicas del plan actual.

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

28) QUEJAS E INCONFORMIDADES

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, Ciudad de México, Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339 Correo electrónico: UEAP@bupalatinamerica.com.

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre los gastos que se deriven de los conceptos que se enumeran a continuación, incluyendo el diagnóstico, tratamiento o complicaciones de los mismos.

- 1) El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro que:
 - a. No sea médicamente necesario; o
 - b. Sea proporcionado a un Asegurado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico; o
 - c. Que no sea autorizado o recetado por un médico.
- 2) Atención Médica Asistencial incluyendo pero no limitados a lugares de reposo, asilos para ancianos, ni para convalecientes.
- 3) Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones auto infligidas o intento de suicidio, sin importar el estado de salud mental del Asegurado. Tratamientos para alcoholismo y otras toxicomanías así como sus complicaciones, incluyendo cualquier gasto médico a consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas no prescritas médicamente.
- 4) Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual.
- 5) Cualquier examen médico o estudio 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, viajar o estudiar.
- 6) Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o de cualquier tipo de medicina alternativa.
- 7) Cualquier enfermedad o lesión diferentes a las señaladas en el numeral 26, que se manifiesten durante las primeras cuatro (4) semanas de la Fecha de Efectividad de la póliza, con excepción de lo dispuesto por la cláusula titulada PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS.
- 8) Cirugía electiva o cosmética, a menos que sea necesaria debida a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no

haya sido inducido por trauma. Evidencia del trauma en forma de fractura deberá confirmarse por estudio radiográfico (Rayos-X, tomografía computarizada, etc.)

- 9) Cualquier cargo relacionado con padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud o cuestionarios médicos, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad que surja como una complicación de los mismos.
- 10) Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado experimental, de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaría de Salud de la República Mexicana (SS) y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
- 11) Procedimientos para diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes del desarrollo o de la conducta, Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.
- 12) Cualquier porción de cualquier gasto que exceda del Gasto Usual, Acostumbrado y Razonable para el área geográfica en particular donde el tratamiento o el servicio fue suministrado.
- 13) Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus de Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmisibles sexualmente.
- 14) Tratamiento o servicio por cualquier condición médica o mental, relacionados o resultantes de una complicación de aquellos servicios médicos o mentales u otras condiciones no cubiertas por esta póliza.
- 15) Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio (a menos que sea necesario para mantener la vida de una persona gravemente enferma).
- 16) Cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado, a cuidado de los pies relacionado con callos, espolones, juanetes (Hallux Valgus), dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales o soportes de cualquier tipo o forma.
- 17) Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo o

estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente del motivo por el que fue indicado.

- 18) Tratamiento de lesiones resultantes de la participación directa del Asegurado en cualquier actividad peligrosa.
- 19) Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta.
- 20) Cualquier enfermedad o desorden congénito como se define en esta póliza, excepto lo estipulado en el numeral 15) DESORDENES HEREDITARIOS Y CONGÉNITOS del Capítulo VII.- GASTOS CUBIERTOS
- 21) Terminación del embarazo voluntariamente inducido a menos que la madre esté en peligro de muerte inminente.
- 22) Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionados con un accidente cubierto o después de 90 días de la fecha de tal accidente
- 23) Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar. 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.
- 24) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, durante los 4 (cuatro años) de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza.
- 25) Una admisión electiva en un hospital, sanatorio o clínica antes de una cirugía programada o para estudios, excepto si es aprobada por Bupa.
- 26) 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 temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
- 27) Tratamiento proporcionado o suministrado por el cónyuge, concubinario, hermanos, hijos o padres de cualquier Asegurado de esta póliza.

- 28) Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, sanatorio o clínica y medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.**
- 29) Equipo de riñón artificial para uso residencial.**
- 30) Tratamiento por lesiones sufridas, mientras viaja como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada, excepto si se contrata la cobertura adicional.**
- 31) Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, dispositivo mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crío preservación por más de veinticuatro horas de duración.**
- 32) Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.**
- 33) Cualquier tratamiento relacionado con el trasplante de órganos, incluyendo pero no limitado a la transportación de órganos humanos, artificiales o de animales, excepto si se contrata la cobertura adicional.**
- 34) 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 autoridad gubernamental.**
- 35) 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.**

ENTREGA DE DOCUMENTOS

Bupa entregará al asegurado titular o contratante la siguiente información y documentación en los términos que más Adelante se señalan:

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos, se envían al asegurado titular y/o

contratante en formato impreso con el paquete inicial al contratar la póliza, y también podrán ser 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 asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

No obstante, lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a esta póliza estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del asegurado titular y/o contratante previamente a su contratación en la página de Internet www.bupa.com.mx. Queda expedito el derecho del asegurado titular y/o contratante para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las Condiciones Generales del producto de seguro Bupa, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.

AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. ("Bupa"), con domicilio en Montes Urales No. 745 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, hace de su conocimiento el tratamiento que dará a los datos personales que usted proporcione de acuerdo con el presente Aviso de Privacidad Simplificado:

¿Qué información recabamos?

Datos personales; datos de identificación; datos de contacto; datos laborales, ocupación y aficiones, datos académicos, datos de tránsito y/o migratorios, datos patrimoniales y financieros, datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, antecedentes penales; datos de salud, características físicas, información de su vida sexual, ideología. También recabaremos la información referida respecto de terceros, por lo que usted debe asegurarse de que usted tiene su consentimiento para hacerlo.

Los datos antes mencionados pueden ser recabados por cualquier vía, incluso la vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas o a través de cualquier otro medio, directamente o a través de un tercero.

¿Qué hacemos con la información que recabamos?

Uso Primario: Identificación del titular de los datos, asesoría, comercialización, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros y el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial con Bupa así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

Usos secundarios son: (i) La promoción y el desarrollo de nuevos productos y servicios, y ofrecerle beneficios, descuentos, promociones, notificaciones de premios o sorteos; (ii) generación de información estadística, evaluación de la calidad en el servicio, análisis de nuestros productos y servicios; (iii) comunicarle la existencia de nuevos productos y servicios.

Transferencia de Datos personales:

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

- Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros paradar cumplimiento a cualquier contrato con el titular.
- En los casos que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia.

Bupa realizará transferencias de sus datos con las empresas afiliadas y subsidiarias y sus socios comerciales, a nivel internacional; así como con terceros proveedores de servicios, todos los cuales garantizan el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por Bupa.

La información personal será resguardada por el departamento y/o responsable de datos personales de Bupa, ante quien el titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante solicitud por escrito enviada a la dirección de contacto señalada al inicio del presente Aviso de Privacidad o vía correo electrónico a privacidad@bupalatinamerica.com.

Se entenderá que el titular consiente el tratamiento y transferencia de su información personal en los términos indicados en el Aviso de Privacidad de Bupa si no manifiesta su oposición al mismo.

Para conocer nuestro Aviso de Privacidad completo, por favor visite www.bupa.com.mx.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Bupa en:

MONTES URALES NÚMERO 745, PRIMER PISO, COLONIA LOMAS DE CHAPULTEPEC, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, C.P. 11000, CIUDAD DE MÉXICO

TELÉFONO: 52021701 EXT. 4417

E- MAIL: UEAP@bupalatinamerica.com

HORARIO DE ATENCIÓN (DÍAS HÁBILES): LUNES A JUEVES DE 8:00 A 18:00 HORAS Y VIERNES DE 8:00 A 16:00 HORAS.

o bien comunicarse a la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999 y (01800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx”.

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 1 de diciembre de 2017, con el número CNSF-S0065-0619-2017.

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 01 800 326 3339 O 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 médicos 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, 01 800 326 3339 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@usamedicalservices.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 reclamación, 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:
 - Facturas, Recibo de Honorarios Médicos a nombre de:
 - Asegurado, ó;
 - Asegurado Titular (en caso de ser menor de edad), ó;
 - Contratante, ó;

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
Ciudad de México, C.P. 11000
 - 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
Ciudad de México, C.P. 11000

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745, 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701
servicioalcliente@bupalatinamerica.com
www.bupa.com.mx