GUIA PARA ASEGURADOS

BUPA ESSENTIAL CARE

CONTENIDO

1 DEFINICIONES ……..…….….4

2 COBERTURA BÁSICA ……..…….…...11

3 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES …….…..…19

4 CLÁUSULAS GENERALES……..…...…….23

5 ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?.....31

6 AVISO DE PRIVACIDAD…….……...…...36

1 DEFINICIONES

1. ACCIDENTE: Acontecimiento provocado por una causa externa, involuntaria, imprevista, fortuita, súbita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica, debe recibirse dentro de los primeros ocho (8) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

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

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

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

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

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

7. ASEGURADO TITULAR: Es la persona que por sí misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por la presente póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro y la cual puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

8. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante y son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión cubierta. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados personales.

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

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

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

12. COASEGURO: Es el porcentaje señalado en la carátula de la póliza que pagará el asegurado del total de los gastos de ciertos beneficios cubiertos por la póliza que el asegurado debe pagar en adición al deducible.

    El coaseguro se calcula después de aplicar el deducible correspondiente.

13. COASEGUROS ADICIONALES: Independientemente al coaseguro contratado en la póliza, podrán aplicar otros coaseguros que están debidamente señalados en estas condiciones generales, como es de forma enunciativa más no limitativa, el coaseguro del treinta por ciento (30%) por no solicitar una segunda opinión médica, o del quince por ciento (15%) por no dar aviso oportuno a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica.

14. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD: Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea en ningún caso son consideradas una complicación de la maternidad.

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

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

17. CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)
La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso sin cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

18. CUIDADOS PALIATIVOS: Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas.

19. CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

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

21. CULPA GRAVE: Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del Asegurado.

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

23. DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible

en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

24. DEDUCIBLE FAMILIAR: Es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

25. DEPENDIENTE: Cualquier otra persona elegible de acuerdo con las presentes condiciones generales, diferente del asegurado titular cubierta bajo esta póliza y nombrada en la carátula de la póliza.

26. DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejidos para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

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

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

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

30. ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO: Una enfermedad o padecimiento 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 enfermedad 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.

31. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO: Condición anormal o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

32. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Son aquellas enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las siguientes características:

a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

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

Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

33. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES: Son aquellas enfermedades debidas a alteraciones en el riego cerebral que afectan a las venas o a las arterias del cerebro.

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

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

36. EXPEDIENTE CLÍNICO**:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

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

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

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

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

41. GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE: Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tal como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier 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 en convenio.

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

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

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

45. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO: El Asegurado podrá recibir la atención médica requerida con los hospitales y proveedores con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué hospital o proveedor en convenio quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza. La lista de hospitales y/o proveedores está disponible en USA Medical Services o en Bupa servicios de Evaluación Médica o en la página web www.bupasalud.com.mx, y está sujeta a cambios sin previo aviso.

46. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y proveedores con los que Bupa tiene celebrados convenios con el propósito de proporcionar beneficios de la cobertura de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y proveedores en convenio para procedimientos de trasplante está disponible en USA Medical Services o en Bupa Servicios de Evaluación Médica y está sujeta a cambios sin previo aviso.

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

48. INFARTO: Necrosis coagulativa por una lesión isquémica de un órgano (muerte de un tejido por falta de sangre y posteriormente oxígeno), generalmente por obstrucción de las arterias que lo irrigan, ya sea por elementos dentro de la luz del vaso, por ejemplo placas de ateroma, o por elementos externos.

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

50. LÍMITE MÁXIMO: Se establece en la Tabla de Beneficios de su Plan como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente, tratamiento, enfermedad o padecimiento, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

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

(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o

(b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o

(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o

(d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

52. MEDICAMENTOS RECETADOS: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

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

54. MÉDICO ESPECIALISTA: Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente del país en el que el tratamiento sea proporcionado, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización y certificación para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo de la especialidad de que se trate.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

55. PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

(a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o

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

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

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

58. PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

59. QUEJA: En singular o plural, a la oposición o desacuerdo que presente el contratante o el asegurado en los asegurados a Bupa, respecto de los productos o servicios contratados.

60. RECEPTOR: La persona que ha recibido o está en proceso de recibir el trasplante de un órgano, célula o tejido.

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

62. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

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

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

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

66. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Todos los servicios prestados por personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, el uso de habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

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

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

69. SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE: La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura.

70. SUMA ASEGURADA DE POR VIDA: Monto en pesos mexicanos asignada para determinados padecimientos la cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de suma asegurada único por todo el tiempo que dure el seguro, así como sus renovaciones.

71. SOLICITUD DE SERVICIOS: Declaración escrita en un formulario por el asegurado solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes para obtener los beneficios del contrato a consecuente de una enfermedad o padecimiento o accidente. Bupa define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la póliza.

72. SUMA ASEGURADA POR PERSONA POR AÑO PÓLIZA: Monto en millones de dólares americanos por persona y por año póliza, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

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

    Al concretarse la renovación de la póliza se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por Asegurado, por año póliza.

73. TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS: Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en la carátula de la póliza.

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

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

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

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

78. TRAMIENTOS EXPERIMENTALES**:** Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos controlados y que aún no se consideran tratamientos estándar para su uso de manera generalizada y aun no cuentan con autorización para su aplicación por las diferentes autoridades de salud, tales como la Secretaria de Salud o la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América.

79. TUTOR LEGAL: Persona que se encargará del cuidado de otra persona menor de edad o incapacitada judicialmente (a falta de los progenitores o no estando bajo su patria potestad) y de sus bienes, es decir, llevará a cabo las funciones correspondientes a la tutela. En caso de que la patria potestad sea ejercida mancomunada por los padres del menor o en caso de que el asegurado esté bajo la tutela de una persona física o moral sin fin de lucro y que su finalidad principal sea la atención y protección de personas incapaces legales y/o naturales, estos tomarán las decisiones y asumirán las obligaciones de la póliza.

80. VIGENCIA: Periodo de validez del Contrato.

2 COBERTURA BÁSICA

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

Por favor consulte su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza está sujeta al uso de hospitales y/o proveedores en convenio. Si su póliza está sujeta al uso de hospitales y/o proveedores en convenio, ningún beneficio será pagadero por servicios prestados fuera de dicha red, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.

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

1. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. La cobertura hospitalaria aplica de acuerdo a su producto y plan contratado, la cual queda establecida en la Tabla de coberturas y beneficios que forma parte de la carátula de su póliza.

   (a) Para cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa, siempre y cuando la Tabla de coberturas y beneficios del producto así lo permita:
      i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están limitadas a un beneficio máximo señalado en la Tabla de Beneficios.
      ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas a un beneficio máximo señalado en la Tabla de Beneficios.

   (b) Para cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa:
      i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.
      ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.

   (c) Los cargos incluidos en la factura del hospital por llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos estarán cubiertos.

   (d) El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

2. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO CON BUPA: Para los productos restringidos a cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio indicado en la carátula de su póliza, Bupa cubrirá los gastos cubiertos de acuerdo al plan elegido por el Asegurado, bajo los límites estipulados en la carátula de su póliza y que sea con los médicos y hospitales con los que Bupa tenga convenio específico para el plan elegido, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué médico u hospital en convenio donde quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza, excepto para emergencias.

   (a) La lista de hospitales y médicos en convenio con Bupa para el plan contratado, está disponible en USA Medical Services, Bupa Servicios de Evaluación Médica o en la página web www.bupasalud.com.mx, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

   (b) Para asegurar que el hospital y/o proveedor tenga convenio con Bupa para el plan elegido, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

   (c) Podrá proceder el pago directo a hospitales y/o proveedores, previa aplicación de deducibles o coaseguros según sea el caso, siempre que (i) el hospital o proveedor se encuentre debidamente certificado por el Consejo

Nacional de Salud o su similar en el país que le corresponda y (ii) el Proveedor acepte las formas de pago establecidos por Bupa y que la atención sea coordinada por USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(d) En los casos en los que los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para el plan elegido no estén especificados en el país de residencia del Asegurado, no existirá restricción sobre los hospitales certificados que el Asegurado podrá utilizar en su país de residencia.

3. HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE: Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando su intervención sea médicamente necesaria para la operación de que se trate, y cuando USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica los ha aprobado con anticipación. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados a la cantidad que resulte menor de:

(a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento, o

(c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o

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

4. ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO: Los gastos incurridos en el hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios que forma parte de la carátula de su póliza.

5. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza está cubierta de acuerdo a los límites establecidos en la Tabla de coberturas y beneficios de la carátula de la póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.

El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

6. COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO: (Consulte su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza ofrece este beneficio) Las complicaciones de maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, estarán cubiertos como sigue:

(a) Un beneficio máximo de por vida indicado en la Tabla de coberturas y beneficios de la póliza, el cual incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo cualquier otro plan y/o anexo adicional de Bupa.

(b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las coberturas de “Cuidado de Maternidad” y “Cobertura del Recién Nacido” de esta póliza.

(c) Este beneficio no aplicará para complicaciones relacionadas a cualquier enfermedad o padecimiento excluido o no cubierto bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido que resulten de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

(d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.

Para las pólizas que no incluyen esta cobertura, se ofrece la opción de la contratación del endoso denominado “Endoso para Complicaciones Perinatales y del Embarazo” bajo los términos y condiciones en él señalados, sin que

su contratación implique el otorgamiento del beneficio “Cuidado de Maternidad”. Este endoso no está disponible para los hijos dependientes incluidos en esta póliza.

7. DEDUCIBLE: El deducible aplicable será el contratado y que se indica en la carátula de su póliza. El pago del deducible por parte del Asegurado aplicará como sigue:

(a) Un deducible por asegurado, por año póliza, el cual deberá cubrir el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada.

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

(c) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos incurridos durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

(e) En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica haya ocurrido dentro de los ocho (8) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.

(f) En aquellos beneficios en los cuales aplique coaseguro, el asegurado deberá de cubrir primero el deducible y posteriormente el coaseguro que en su caso aplique.

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

9. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente.

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

Transporte por ambulancia aérea:

(a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio está indicada en la carátula de su póliza.

(c) El Asegurado se compromete a mantener a Bupa, USA Medical Services a Bupa Servicios de Evaluación Médica y a cualquier compañía afiliada con Bupa, con USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica por medio de formas similares de propiedad o administración, libre de responsabilidad por cualesquier demoras o restricciones en los vuelos, causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.

11. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: La presente póliza solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa de acuerdo al plan contratado cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica, tal como se indica en esta póliza, a menos que se indique lo contrario en la carátula de su póliza.

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

Una vez superada la emergencia, los gastos médicos que se sigan erogando solo serán cubiertos y pagados si son proveídos por hospital y/o proveedor en convenio que correspondan al plan contratado o con la aplicación del coaseguro de acuerdo a su plan contratado indicado en la carátula de su póliza.

12. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, una extensión de tiempo hasta por treinta (30) días más. En caso de no contar con dicha autorización, el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de noventa (90) días, por incidente, por año póliza, el cual está sujeto al mismo límite indicado en la Tabla de Beneficios. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

13. CUIDADO DE MATERNIDAD (Consulte su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza ofrece este beneficio)

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

(a) El beneficio máximo para esta cobertura está indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y aplica por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.

(b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea, complicaciones de la maternidad están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.

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

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

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

14. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

I. Si nace de un embarazo cubierto:

(a) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura "Cuidado de Maternidad" de esta póliza.

(b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una "Notificación de Nacimiento" que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

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

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito en el numeral 6 de esta póliza.

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

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

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

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

17. FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Se cubrirá un período inicial de hasta el número de sesiones indicado en la Tabla de coberturas y beneficios las 20 (veinte) primeras sesiones relacionadas con el diagnóstico sin necesitad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos expedidas por las autoridades competentes; las subsecuentes deberán de ser pre autorizadas por Bupa y sustentadas con un informe médico que indique la evolución del paciente así como la justificación médica acorde. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, una extensión de tiempo hasta por el mismo número de sesiones cubiertos inicialmente. En caso de no

contar con dicha autorización, el reclamo será denegado. Se requiere presentar por adelantado la evidencia médica y el plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación.

18. MEDICAMENTOS RECETADOS: Los medicamentos prescritos mediante receta médica para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo la póliza estarán sujetos a lo siguiente:

(a) Hospitalización: Los medicamentos recetados y administrados durante la hospitalización, se cubrirán al cien por ciento (100%) y los recetados derivados de la hospitalización para su administración posterior, estarán cubiertos al cien por ciento (100%) hasta por un plazo máximo de seis (6) meses después de la hospitalización.

(b) Sin hospitalización: Los medicamentos recetados que son prescritos sin hospitalización o que son derivados de una cirugía ambulatoria, están cubiertos hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

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

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

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

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

ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. Esta condición es aplicable aún cuando, derivado de la evaluación médica, la póliza fue emitida con aprobación estándar,

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

20. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá hasta el monto indicado en la Tabla de coberturas y beneficios por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del Asegurado, siempre y cuando la muerte sea resultado de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a los servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

21. TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia y los medicamentos altamente especializados están cubiertos sujeto a la condición de ser aprobados y coordinados previamente por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.

22. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece a través de hospitales y/o proveedores en convenio para procedimientos de trasplante. No se proporcionará cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores con los que Bupa tiene celebrado convenio. El beneficio máximo pagadero para este beneficio está indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y es por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer. Este beneficio de cobertura para

procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por un médico, haya sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y haya sido aprobada por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, y está sujeta a todos los términos, gastos cubiertos y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

(a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.

(b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo todos los exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.

(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta por el máximo señalado en la tabla de su carátula de póliza, por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.

(d) El cuidado post-operatorio incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.

(e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.

(f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

23. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA: Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a Bupa por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si Bupa considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado entre los proveedores en convenio con Bupa y en común acuerdo con el Asegurado. 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 con Bupa y en común acuerdo con el Asegurado. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE LA 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.

24. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de cuatro (4) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado de por vida es el indicado en la Tabla de Beneficios.

25. PERÍODO DE ESPERA:

(a) Esta póliza tiene un período de espera general de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Es el período a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de (a) accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata, como politraumatismos, (b) enfermedades agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

(b) Algunos beneficios cubiertos están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios. Esto significa que el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

26. ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL:

Bupa eliminará el período de espera general solamente si:

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

(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

(c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro, y

(d) Bupa recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Esta eliminación del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.

27. CIRUGÍA BARIÁTRICA:

Bupa otorgará la cobertura por cirugía bariátrica por única vez en la vida del Asegurado, considerándola como enfermedad cubierta siempre que el Asegurado:

(a) Tenga un índice de masa corporal con valor mayor de cuarenta (40), o bien

(b) Tenga al momento del reclamo un índice de masa corporal mayor a treinta y cinco (35) y presente alguna de las siguientes comorbilidades:
   i. Diabetes tipo II
   ii. Hipertensión arterial
   iii. Apnea obstructiva del sueño severa
   iv. Osteoartropatías severas
   v. Candidatos a cirugía de reemplazo articular

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

La suma específica para este procedimiento y cualquier complicación relacionada al mismo será hasta por el límite indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y únicamente cubrirá los procedimientos de manga gástrica, banda gástrica ajustable, bypass gástrico y switch duodenal, y su atención deberá realizarse sólo con hospitales y/o proveedores seleccionados por el Asegurado bajo su exclusiva responsabilidad de entre los proveedores en convenio con Bupa y coordinados mediante el servicio médico de dictamen de Bupa.

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

Se establece que para acceder a este beneficio se cuente con un período de continuidad ininterrumpida como Asegurado en Bupa durante dos (2) años a partir de la inclusión de la cobertura en su póliza y que una vez transcurrido dicho período, el Asegurado afectado sea menor de sesenta (60) años de edad.

28. BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y es por Asegurado, por año póliza. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial. Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente). Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

29. COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR: En caso de que fallezca el Asegurado Titular, Bupa eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por el período indicado en la Tabla de Beneficios, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debe a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge/concubina(o) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

    Esta cobertura extendida no aplica a ningún anexo de cobertura adicional. Esta cobertura aplica siempre y cuando se encuentre como amparada en la Tabla de Beneficios.

30. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

3 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades, padecimientos y/o accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas y/o padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con lo siguiente:

1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no sea médicamente necesario, o

(b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio, o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico, doctor o profesional de la medicina, o

(d) Que está relacionado con el cuidado personal, o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza, ya sea por condiciones generales o por virtud de un endoso excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, el Asegurado nunca tendrá cobertura de una exclusión bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitándose a causas mórbidas y/o accidentes.

2. Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos auto infligidos por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, Bupa se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

3. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.

4. Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas, y la emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.

5. Tratamiento naturista, medicamentos naturistas u homeopáticos, quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos por la Póliza.

6. **Cualquier enfermedad, lesión, complicación o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza, con excepción de lo dispuesto en la cláusula de período de espera.**

7. **Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.). También está excluido cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido causado por trauma.**

8. **Cualquier gasto relacionado con enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes a la contratación del seguro, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.**

9. **Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no sea aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SS) y por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).**

10. **Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que ha sido puesto bajo la dirección de una autoridad gubernamental.**

11. **Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos de un Asegurado hospitalizado, a menos que sean resultantes de una enfermedad o padecimiento cubierto. Tampoco estarán cubiertos los gastos incurridos por enfermedades mentales y/o desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño, excepto como se estipula en la Tabla de Beneficios.**

12. **Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**

13. **Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, y enfermedades transmitidas sexualmente.**

14. **El tratamiento o servicio por cualquier padecimiento, enfermedad, accidente, médico, mental o dental, relacionado con, o que resulte como complicación de servicios médicos, mentales o dentales u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso o no cubiertas bajo esta póliza.**

15. **Tratamientos para o como resultado de sobre peso, obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de espera de dos (2) años y para asegurados que hayan cumplido los sesenta (60) años de edad.**

16. **Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**

17. **Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.**

18. **Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.**

19. **La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.**

20. **Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**

21. **Cualquier enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como ha sido estipulado bajo las coberturas de esta póliza.**

22. **Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.**

23. **Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el Asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o en la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las lesiones sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o que sean derivados 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, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos por la Póliza.**

25. **La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.**

26. **Tratamientos realizados por familiares: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.**

27. **Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.**

28. **Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.**

29. **Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las coberturas de esta póliza. También están excluidos los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crio preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.**

30. **Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.**

31. **Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa que no haya sido declarada por el Asegurado en la solicitud de seguro, ya sea por compensación o como profesional, excepto como se indica en Tabla de Beneficios.**

32. **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.**

33. **Los gastos médicos que aun siendo médicamente necesarios sean erogados en proveedores y/o hospitales con los que Bupa no tenga convenio para el plan contratado, una vez superada la emergencia, excepto para los planes que lo indican en su Tabla de Beneficios.**

34. **Procedimientos de trasplante, excepto como se estipula bajo la Tabla de Beneficios.**

35. **Prótesis diferentes a las señaladas en la sección Gastos Cubiertos por la Póliza.**

36. **Medicamentos sin receta: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.**

37. **Alimentos, complementos y suplementos: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea**

la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

4 CLÁUSULAS GENERALES

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 el 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 el territorio de la República Mexicana como en el extranjero donde así proceda de acuerdo con la cobertura geográfica especificada, hasta por la suma asegurada indicada en la Tabla de Beneficios, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados ocurridos en su persona o de sus dependientes incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato.

DERECHO DE TREINTA (30) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA

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

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

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD

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

ELEGIBILIDAD

Esta póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años y mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta póliza.

El contratante podrá adicionar dependientes a la póliza, los cuales estarán cubiertos desde la fecha efectiva que les corresponda. Los dependientes elegibles del titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 74 años, descendientes en línea recta o transversal, por consanguinidad, por parentesco civil o por afinidad que dependan económicamente del contratante, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos: también son elegibles los menores de edad para los cuales el contratante 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 23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, 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 veinticuatro (24) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple

veinticuatro (24) 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.

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

CAMBIO DE 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 treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados facultará a Bupa para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

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

CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO: Cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

(a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de coberturas y beneficios de su Global Health Plan.
(b) El periodo de espera para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan.
(c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
(d) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
(e) No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

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

Esta consideración no aplica si es 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.

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

La devolución de primas que en su caso proceda se realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de terminación del contrato, mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica.

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

El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, 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 ocho (8), nueve (9), diez (10) y cuarenta y siente (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

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

COBERTURA GEOGRÁFICA: **Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o 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 treinta (30) 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.

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

(a) En la fecha de expiración de la póliza, o

(b) Por falta de pago de la prima, o

(c) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar su cobertura, o

(d) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente.

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

ENTREGA DE INFORMACIÓN: Bupa entregará al Asegurado Titular o Contratante la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

(a) 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;

(b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;

(c) 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 que 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 en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, 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.bupasalud.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.

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

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

El Asegurado también estará obligado a proveerle a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación por parte de Bupa de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa facultará a Bupa a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial.

Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc. que atienda o haya atendido al Asegurado por cualquier enfermedad o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado, quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS: Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario 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 (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros 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."

MONEDA: Este seguro se contratará en moneda nacional. Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se pagarán de acuerdo al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio correspondiente a

dólares de los Estados Unidos de América que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la fecha en que se realicen los mismos. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron en la fecha de pago.

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

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

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

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

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Titular. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del período de gracia establecido. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (período de gracia), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de ese plazo.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza, Bupa eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por dos (2) años contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de ésta a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza.

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

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

(a) El agotamiento de la suma asegurada.

(b) El monto de gastos incurridos durante el período de vigencia de la póliza y hasta treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.

(c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo ochenta y uno (81) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo ochenta y dos (82) 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 sesenta y ocho (68) 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 a 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."

5 ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

NOTIFICACIÓN A BUPA

El Asegurado deberá notificar a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no notifica a Bupa a través de USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica como se ha establecido previamente, será responsable por el quince por ciento (15%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, además del deducible.

La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea médicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Genérales.

Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa, USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

¿CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO?

Para solicitar una autorización, así como para informar de un siniestro cubierto por esta póliza, el asegurado titular y/o contratante pueden comunicarse a USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica, las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs. y sábado de 8:00 a 15:00 hrs.

En Ciudad de México:	55 5202 1701
Correo electrónico:	atencioncliente@bupa.com.mx
Y las 24 horas del día, los 365 días del año:	
En México sin costo:	800 326 3339
	800 227 3339

En los EE.UU.:	+1 305 275 1500
En los EE.UU. sin costo:	+1 800 726 1203
Fax:	+1 305 275 1518
Correo electrónico:	
Para tramitar pago directo (atención médica nacional):	dictamen@bupa.com.mx
Para reembolso (atención médica en México o en el extranjero):	siniestros@bupa.com.mx
Para notificación de accidentes en México:	notificaciones@bupa.com.mx
Para notificación de accidente en el extranjero:	usamed@bupalatinamerica.com
Servicios en línea:	www.bupasalud.com.mx Sección “Mi Bupa”
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com.mx

Nota: USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica son proveedores contratados 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 están facultados 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.

SOLICITUD DE REEMBOLSO

El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados.

El asegurado titular y/o contratante deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, mediante el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa.

Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Para gastos complementarios, incluir siempre el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores. Los formularios de reclamación y de solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores pueden obtenerse comunicándose con su agente, con USA Medical Services, con Bupa Servicios de Evaluación Médica o directamente con Bupa por medio de Servicio al Cliente, o en la página web: www.bupasalud.com.mx

Para reclamaciones de dependientes que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el asegurado titular y/o contratante confirmando que dichos dependientes son solteros. En caso contrario, Bupa podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte.

Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes. Las facturas correspondientes a honorarios médicos, enfermería y farmacias podrán estar expedidas a nombre del asegurado titular y/o contratante; cualquier otro gasto distinto a los anteriores deberá estar emitido a nombre de Bupa, de acuerdo a los siguientes datos:

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

Bupa no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, Bupa podrá enviar copia de los mismos.

En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

Este plan de seguro denomina los beneficios cubiertos en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta póliza independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la suma asegurada considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por Bupa a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la suma asegurada considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.

En caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área geográfica en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado.
En caso de que el asegurado titular y/o contratante fallezcan, Bupa pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del asegurado titular y/o contratante.

Para pago directo o reembolso, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de:
a) Aprobar un pago directo, o
b) Reembolsar al asegurado titular y/o contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 los Artículos cincuenta y dos (52), cincuenta y tres (53) fracción I y cincuenta y cinco (55) 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).

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.” (Artículo 55 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 cuatrocientos noventa y dos (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 ciento treinta y nueve (139) a ciento treinta y nueve (139) Quinquies, ciento noventa y tres (193) a ciento noventa y nueve (199), cuatrocientos (400) y cuatrocientos (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 (de 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 del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las 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.

QUEJAS: En caso de consulta o inconformidad con los servicios y productos contratados, el asegurado titular y/o contratante podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, quien resolverá lo conducente otorgando respuesta formal.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)
Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec
C.P. 11000, Ciudad de México
Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339
Correo electrónico: une@bupa.com.mx
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas

O bien, el asegurado titular y/o contratante podrá 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.

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 / 800 999 80 80
Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx
Página web: www.gob.mx/condusef

COMITÉ DE APELACIONES: Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones" de Bupa antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.

Esta petición debe incluir un escrito que contenga lo siguiente:

a) Nombre completo del asegurado y/o contratante.
b) Motivo de la queja o reclamación especificando las cuestiones sobre las cuales requiere pronunciamiento.
c) Documentos soporte de la queja o reclamación.
d) Lugar, fecha y firma del asegurado y/o contratante.

Dichas apelaciones deben ser enviadas al correo atencioncliente@bupa.com.mx . Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si es necesaria información y/o documentación adicional y en caso de ser necesario, realizará los trámites para obtenerla oportunamente.

Una vez validada la documentación, se asignará folio de seguimiento y dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles, el Comité de Apelaciones notificará al asegurado titular y/o contratante su resolución, el fundamento y el razonamiento en que se basó para esta dicha resolución. en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante.

Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el asegurado titular y/o contratante. Dicho recurso no tiene costo alguno para el asegurado titular y/o contratante.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.

PRUEBA DEL CONTRATO: Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, las condiciones generales, la solicitud del seguro, la carátula, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales. La traducción de esta póliza a cualquier otro idioma se ofrece como un servicio para el Asegurado; sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

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

(a) El Contratante o Asegurado Titular lo soliciten por escrito a Bupa.

(b) El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.

Bupa comunicará por escrito al Contratante o Asegurado Titular la aceptación o rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de quince (15) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso 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.

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

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

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

SUBROGACIÓN: Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño; el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

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

6 AVISO DE PRIVACIDAD

En Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, México, estamos comprometidos con la protección de sus datos personales, para ello llevamos a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de los mismos a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de nuestros asegurados y clientes, en cumplimiento a los principios, deberes y obligaciones establecidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás normatividad secundaria aplicable. Para más información lo invitamos a leer nuestro aviso de privacidad integral, el cual ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx, o bien, puede solicitar la última versión del mismo vía correo electrónico a privacidad@bupa.com.mx.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada en Montes Urales 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía de Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 5552021701 / 800 227 3339, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 555340 0999 desde la Ciudad de México o (800) 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

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 4 de febrero de 2021, con el número CNSF-S0065-0060-2021 / CONDUSEF 004691-01.

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
atencioncliente@bupa.com.mx
www.bupasalud.com.mx