CONDICIONES GENERALES

BÁSICO PREVENTIVO COLECTIVO

Bupa

CONTENIDO

.....

I. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE

Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta.

2. AMBULANCIA TERRESTRE

Unidad móvil especializada para el traslado de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

3. ANEXO

Un documento añadido a la **póliza** por **Bupa** que agrega y detalla una cobertura particular.

4. ASEGURADO TITULAR

Es la persona que por sí misma o determinada por el Contratante, que forman parte de la colectividad asegurable, 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

5. ASEGURADO

El empleado y/o dependientes económicos del asegurado titular identificados en el certificado individual de la póliza. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes bajo la póliza.

6. ATENCIÓN PRIMARIA

Consultas con médicos de primer contacto en donde se reciba la primera atención por un médico calificado para atender y dar seguimiento a la situación que esté presente.

El médico forma parte de los proveedores de servicio designados por Bupa y que es responsable del cuidado y atención médica del asegurado

7. ATENCIÓN DE SEGUNDO CONTACTO O ESPECIALISTA

Consultas con médicos especialistas en donde se recibe atención una vez que es canalizado por el médico de primer contacto para atender y dar seguimiento a la situación que esté presente.
El médico forma parte de los proveedores de servicio designados por Bupa y que es responsable del cuidado y atención médica del asegurado.

8. BENEFICIOS CUBIERTOS

Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en las presentes Condiciones Generales de su Seguro de Salud

9. BUPA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., una institución de seguros autorizada en México.

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, fecha de inicio de vigencia y fecha de fin de vigencia.

11. CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento del contrato que especifica la fecha de efectividad para cada asegurado, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Titular y a cada dependiente económico cubierto.

12. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Cualquier grupo de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

13. CONTRATANTE DE LA COLECTIVIDAD

La persona designada por el empleador para administrar la póliza, así como a los asegurados que forman parte de la colectividad. Esta persona es a quien Bupa dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a Bupa sobre cualquier cambio que se desee hacer en la póliza.

Persona física o moral quien ha solicitado a Bupa celebrar un contrato para la colectividad asegurable, asumiendo la responsabilidad ante Bupa de realizar el pago de las primas del seguro contratado.

14. CONTRATO DE SEGURO

El presente **contrato** celebrado entre **Bupa** y el Contratante, bajo el cual **Bupa** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al Contratante y/o **asegurado** por gastos médicos relacionados con los **beneficios cubiertos en esta póliza y de acuerdo con estas condiciones generales, carátula y/o certificado** en que incurra el asegurado.

15. COASEGURO

La participación del asegurado en el costo del servicio médico cubierto, expresada en un porcentaje o monto fijo establecido en la Carátula de la Póliza y en el certificado individual.

16. COPAGO

Cantidad o porcentaje establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual que deberá pagar el Asegurado por cada Servicio Médico cubierto por el presente Contrato de Seguro. El Copago estará determinado como un monto fijo o porcentaje del costo del servicio utilizado. El copago no será reembolsado.

17. CREDENCIAL

Tarjeta que se entrega al asegurado titular y en su caso a los dependientes económicos, que les servirá como identificación ante los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en convenio.

18. DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del **asegurado titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en la **carátula** de la **póliza y/o Certificado individual**.

19. DIAGNÓSTICO

Proceso por medio del cual el médico legalmente autorizado para ejercer su profesión identifica una enfermedad o padecimiento a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha enfermedad o padecimiento, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

20. EMERGENCIA MÉDICA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una condición que se manifiesta por signos o síntomas agudos y que requieren de una evaluación y/o tratamiento médico. Estas condiciones deben ser resueltas y atendidas en un lapso de menos de 24 (veinticuatro) horas, pero no suponen un riesgo para la vida o integridad física del asegurado.
Es todo problema médico y/o quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata. (Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Servicios de Atención Médica).

21. ENDOSO

Documento que previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas forma parte integrante de la **póliza** y que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las condiciones generales. Lo estipulado en un **endoso** siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

22. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Se consideran como parte de la misma Enfermedad, las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

23. ENFERMEDAD O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:
(a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
(b) Que en un expediente o informe médico se determine su existencia, con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, 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 dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza, 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.

24. ENFERMERO(A)

Profesional legalmente autorizado por las autoridades sanitarias locales para prestar cuidados de enfermería.

25. ERROR DE DIAGNOSTICO

Para estos efectos se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente con alguno de los Proveedores de Servicios médicos y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de proveedores de servicios médicos en convenio, por la misma emergencia médica grave.

26. ESPECIALISTA

Un **médico, doctor** que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del

tratamiento de la **lesión**, **enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

27. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del asegurado, realizado por instituciones autorizadas para tal efecto, como son laboratorio y gabinete.

28. EVENTO O SERVICIO MÉDICO

Momento en que se brinda al Asegurado la atención médica por parte de la Red de Proveedores médicos en convenio para el cuidado o restablecimiento de su salud. La duración del evento o servicio médico será desde el momento en que el Asegurado ingrese a la atención, incluirá la estancia continua en el mismo y finalizará con el egreso de este.

29. FALTA DE DISPONIBILIDAD

Ausencia, insuficiencia o inaccesibilidad por más de dos semanas a los servicios médicos que afecte la continuidad del tratamiento y la calidad de atención al Asegurado.

30. FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la **fecha efectiva** de la **póliza**.

31. FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente **año póliza**. La **renovación** ocurre solamente en la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

32. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

33. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la **carátula** de la **póliza y/o certificado individual**.

34. FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA

Fecha en la que concluye la cobertura, tal como aparece en la **carátula** de la **póliza y/o certificado individual.**

35. FOLLETO EXPLICATIVO

El documento que forma parte del Contrato de Seguro, en el que se describen las principales responsabilidades del Asegurado, conforme a lo que disponen las normas legales aplicables y las bases y políticas establecidas por la Compañía, respecto de su Contrato de Seguro, así como los trámites que el Asegurado puede y los que no puede realizar por conducto de la Compañía.

36. HOSPITAL

Toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de **pacientes** que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con **médicos** y enfermeras titulados las 24 horas del día. **No se considera hospital a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.**

37. HOSPITALIZACIÓN

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

38. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

39. MÉDICAMENTE NECESARIO

El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por **Bupa** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una **enfermedad**, **padecimiento** 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
(b) No es apropiado para el diagnóstico, tratamiento del asegurado;
(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o

tratamiento adecuado;

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

40. MÉDICO O DOCTOR O ESPECIALISTA

Profesional médico que cumple con el aval de las autoridades de educación superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión. El Médico Especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante del posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

41. MEDICAMENTO

Sustancia o mezcla de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.
Para efectos de la presente póliza, se entenderá como medicamentos únicamente a los productos que sean preparados con fórmulas autorizadas por la Secretaría de Salud en establecimientos de la industria químico-farmacéutica y que se encuentren legalmente autorizados por dicha Secretaría para su comercialización.

42. MXN

Notación oficial para referir de al peso mexicano, la moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

43. PACIENTE

Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital** únicamente durante el día.

44. PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al **asegurado titular** o **contratante** y que éste ha especificado en la **solicitud**, o el que se le haya informado posteriormente a **Bupa** por escrito.

45. PANDEMIA

Una **epidemia** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población durante un periodo de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud.

46. PERÍODO DE GRACIA

El período de 30 (treinta) días después de la **fecha de vencimiento** de la prima durante el cual **Bupa** permitirá qué la **póliza** sea pagada.

47. PÓLIZA

Su **contrato** de seguro con **Bupa**, tal como está descrito en la Cláusula 1 de las condiciones generales de la **póliza**.

48. PRACTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE

Actividad deportiva realizada por una persona de manera habitual, reglada y remunerada, como medio principal de sustento.

49. PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante y a favor de Bupa, la cual podrá ser anual o en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, según establezca la carátula de la Póliza, en el apartado, forma de pago.

50. PROGRAMAS DE SALUD PREVENTIVA, DETECCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO

Conjunto de servicios y/o procedimientos médicos orientados a la detección, control y seguimiento de enfermedades prevalentes en la población asegurada. Dichos programas están basados en las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica, en línea con la legislación nacional vigente y serán sometidos a procesos de mejora continua.

51. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

Se refiere a la presentación de información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas, y/o alteradas; así como la omisión de la presentación de información verídica (ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados) en el trámite de un siniestro.

52. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS EN CONVENIO

Médicos o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros) vinculados con Bupa por convenio para proporcionar al asegurado la atención médica que se encuentre cubierta por la póliza y que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para

proporcionar sus servicios.

53. RENOVACIÓN
Cada aniversario de la fecha en que el **asegurado** fue incluido al Seguro de Salud.

54. REEMBOLSO
Es la restitución de gastos médicos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

55. SATURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
Sucede cuando la alta demanda de un servicio prestado por un proveedor médico supera la capacidad de respuesta, causando demoras de no más de dos semanas, reducción en la calidad del servicio y dificultades para acceder a la atención médica.

56. SIGNOS
Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o padecimiento** constatadas por el **médico o doctor** tratante.

57. SÍNTOMA
Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

58. SOLICITUD DE SEGURO
Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus **dependientes económicos**, usada por **Bupa** para determinar la aceptación del riesgo. La **solicitud** de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por **Bupa**, su historial médico, cuestionarios y otros documentos proporcionados a, o solicitados por **Bupa** antes de la emisión de la **póliza**.

Para poder emitir la póliza deberán de presentar la solicitud debidamente requisitada.

59. SUMA ASEGURADA
Monto en pesos mexicanos asignado por **asegurado** y por **año póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir mediante pago directo a los proveedores de servicios médicos en convenio, los gastos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, por **los beneficios amparados** bajo 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 servicios cubiertos ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza** para los gastos incurridos por **servicios** cubiertos por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia.

60. TITULAR
La persona física a quien corresponden los datos personales.

61. TRATAMIENTO MÉDICO
Servicios médicos (incluyendo consultas médicas, exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología y medicamentos) para tratar una **enfermedad o padecimiento** o **lesión** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

62. ZONA GEOGRÁFICA DE COBERTURA
Área geográfica que determina el alcance de la cobertura.

II. CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRITAS

Las palabras en **negrita** pueden tratarse de términos definidos cuyo significado puede consultar en la sección Definiciones de estas Condiciones Generales, o bien de exclusiones y limitaciones que son importantes para su cobertura.

1. SU PÓLIZA

1.1 Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante “Bupa”, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir mediante pago directo a los proveedores dentro de la Red de Proveedores de Servicios Médicos en convenio con Bupa los gastos médicos en los que incurran los Asegurados durante la vigencia de esta Póliza en el territorio de la República Mexicana, hasta la Suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual

con el fin de brindar atención médica a través de la Red de Proveedores de Servicios Médicos en convenio con Bupa para preservar la salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor al Asegurado o sus Dependientes económicos incluidos en la Póliza y de acuerdo a las condiciones, y límites estipulados en este contrato.

Las definiciones incluidas en estas condiciones generales aplican para su Seguro de Salud.

1.2 Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración: la póliza, las condiciones generales, la solicitud del seguro, las declaraciones de salud, folleto explicativo, los endosos, anexos y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.

1.3 El contratante podrá adicionar dependientes económicos a la póliza, los cuales estarán cubiertos desde la fecha efectiva que les corresponda. Los dependientes elegibles del contratante podrán ser: su cónyuge o concubina o descendientes en línea recta como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros 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 de esta póliza está disponible para los dependientes económicos del contratante, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 23 (veintitrés) años 11(once) meses, 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 a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto.

2. ELEGIBILIDAD

2.1 Esta póliza solamente puede ser contratada en la República Mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de colectividad asegurable, señalada en esta póliza. La edad máxima de contratación para el Asegurado Titular es hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, sin límite de edad para la renovación, siempre que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad:

1. Comprobar que han estado asegurados continua e ininterrumpidamente durante la vigencia inmediata anterior en la póliza del Contratante.

2. Ser empleado activo o mantener un vínculo legal comprobable con el Contratante. Los dependientes económicos elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 69 (sesenta y nueve) años de edad, descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Asegurado Titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros.
La cobertura está disponible para los dependientes económicos del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, si son solteros y 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 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.
La cobertura para dichos dependientes terminará en el siguiente aniversario de la póliza en los siguientes casos: Si un(a) hijo(a) y/o dependiente:
(i) Contrae matrimonio
(ii) Deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los 19 (diecinueve) años y antes de cumplir 25 (veinticinco) años
(iii) Se muda a otro país de residencia
(iv) Cumple 25 (veinticinco) años
(v) Si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación.

3. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Para considerarse como colectividad asegurable, deberán cumplir con los siguientes requisitos:
1) Formar parte de un conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
2) Contar con un mínimo de 10 (diez) asegurados titulares.
3) Cumplir con lo establecido en la cláusula de elegibilidad en estas Condiciones generales o con la regla de elegibilidad establecida por el Contratante y aprobada por Bupa.

4. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del Contratante:

(a) Solicitar la cobertura de este grupo para todas las personas que al momento de la expedición de la Póliza cumplan con las características para formar parte de la colectividad asegurada y con los requisitos establecidos por Bupa.

(b) Comunicar a la aseguradora en un plazo máximo de 30 (treinta) días los movimientos de Asegurados: Bajas a partir de la separación definitiva del Asegurado de la Colectividad y nuevos ingresos a partir de que cumplan con la Elegibilidad.

(c) Informar a la aseguradora cualquier cambio que opere en la situación de los asegurados y que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

(d) Recibir los certificados individuales y entregarlos a los asegurados, así como hacer de su conocimiento las condiciones y endosos de la Póliza.

(e) Entregar a la aseguradora, la información necesaria para la elaboración del Registro de Asegurados.

(f) En caso de que el asegurado contribuya al pago de la Prima, el Contratante tiene la obligación de:

1. Recabar las contribuciones de todos los asegurados y pagarlas a la aseguradora.
2. Recibir por parte de la aseguradora y entregar a los asegurados los reembolsos a los que tuviere derecho.

5. REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de miembros de la agrupación asegurada y de sus dependientes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que ocurran.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante traerá como consecuencia que Bupa, en caso de siniestro, sólo cubra a los miembros dados de alta como Asegurados.

Altas: Si el reporte se efectúa dentro del periodo de tiempo mencionado, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona que sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de Bupa conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para los hijos nacidos de una maternidad cubierta su aceptación estará garantizada sin evaluación médica, siempre que se solicite el alta mediante el formulario establecido por Bupa dentro de los 30 (treinta) días posteriores al nacimiento. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a evaluación médica por parte de Bupa conforme al proceso de asegurabilidad.

El Contratante estará obligado a reintegrar a Bupa los pagos por reclamaciones que ésta hubiere efectuado, si demuestra que el pago lo realizó a causa de la omisión o negligencia en los avisos de bajas por parte del Contratante.

En tales casos, Bupa dará aviso y requerirá por escrito al Contratante para que éste efectúe el pago dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la recepción del requerimiento. Si el Contratante se abstuviere de realizar el pago, el presente contrato se dará por terminado sin necesidad de aviso o declaración judicial, sin perjuicio de Bupa para que ejercite las acciones correspondientes.

6. AJUSTE AL MONTO DE LA PRIMA

En casos de alta o baja de Asegurados titulares o dependientes económicos, Bupa cobrará o devolverá al Contratante la parte faltante de la prima o la que le exceda, respectivamente, calculada proporcionalmente al lapso comprendido entre la fecha del movimiento y la del vencimiento del período de seguro, de acuerdo con la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En caso de baja se devolverá la prima que corresponda siempre y cuando no haya siniestros afectando al Asegurado correspondiente, la prima que corresponda se devolverá en un término de 30 días hábiles mediante cheque o transferencia.

7. REGISTRO DE CONTRATANTE Y/O ASEGURADO TITULAR

Con base en los datos proporcionados por el Contratante y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, Bupa elaborará un registro de Asegurados para el período de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de inicio de la cobertura respecto de cada Asegurado Titular, en caso de aplicar.

8. SU COBERTURA

8.1 **Bupa** cubrirá los gastos médicos relacionados con los **beneficios cubiertos** pagando directamente al proveedor dentro de la Red de servicios en convenio con Bupa de conformidad con lo establecido en su Seguro de Salud.

Quedaran cubiertas las consultas previamente programadas para Atención primaria y/o con especialistas, en donde se realizará una valoración del estado de salud del asegurado y coordinaran las acciones necesarias para atender y/o detectar

oportunamente sus enfermedades.

8.2 Los servicios médicos serán brindados a través de la Red de Proveedores de Servicios Médicos en convenio con Bupa, que los Asegurados podrán consultar en https://www.bupasalud.com.mx/productos

8.3 **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 52 (cincuenta y dos), 53 (cincuenta y tres) fracción I y 55 (cincuenta y cinco) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **Bupa**, si el(los) **contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) **contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la **póliza** o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos 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 **Bupa** 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.

8.4 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).

9. PAGO DE PRIMAS

9.1 El **contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a **Bupa**, 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 este **contrato** 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**.

9.2 El **contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **Bupa** ponga a disposición del **contratante** antes de la **fecha de vencimiento**.

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

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del **contratante**. La prima debe ser pagada en la **fecha de vencimiento** o dentro del **período de gracia** establecido a continuación. 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 30 (treinta) días naturales siguientes a la **fecha de vencimiento (período de gracia)**, los efectos del **contrato** cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

9.3 El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante tarjeta de crédito o débito, depósito o transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada en el recibo de primas expedido por **Bupa** o bien mediante cargo a tarjeta de crédito o débito. **Bupa** no autoriza a los agentes de seguros u otros intermediarios que intervienen en la contratación del

seguro a recibir efectivo o títulos de crédito al portador.

De manera enunciativa más no limitativa, se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezcan dicho cargo, trasferencia y/o depósito, harán prueba plena de cargo, hasta en tanto **Bupa** entregue el comprobante correspondiente.

10. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Bupa podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/ o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se hayan manifestado signos, síntomas o tratamiento o con un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un tratamiento para signos, síntomas o diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al usuario-asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, Bupa como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

   En el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Bupa podrá aceptar el riesgo declarado.

11. SUBROGACIÓN

11.1 **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 titular** y/o **contratante** tendrá la 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.

En caso de que la subrogación sea procedente, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá proporcionar a **Bupa** cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como (i) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera, (ii) firmar cualquier documento(s) que se requiera(n), y (ii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.

Bupa podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la **póliza**.

El **asegurado titular** y/o **contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de **Bupa** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

11.2 El pago de los beneficios de este **contrato** no se duplicará con los beneficios de ninguna otra **póliza** de seguros de Bupa u otra compañía para la cual un **asegurado** pueda ser elegible. Por lo tanto, cuando **Bupa** efectúe el reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, **Bupa** tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las **sumas aseguradas** respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la **suma asegurada** del **asegurado**, siempre y cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** hayan otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

12. CÓMO HACER USO DE LA PÓLIZA

12.1 El **asegurado titular** y/o **contratante** podrá informarse o asesorarse respecto la cobertura de su **póliza**, comunicándose con **Bupa** a través de los siguientes canales:

a. Teléfonos
Desde Ciudad de México: 55 53403553
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905

WEB: www.bupasalud.com.mx

b. Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a domingo de 6:00 a.m. a 23:00 p.m.
o al correo electrónico bmx_atencionsalud@bupa.com.mx

12.2 El asegurado deberá consultar el directorio de la red de proveedores de servicios médicos en convenio que estarán publicados dentro de https://www.bupasalud.com.mx/productos o llamando al CAT para seleccionar el proveedor médico de su preferencia.

12.3 El asegurado deberá coordinar directamente una cita con un médico de primer contacto o especialista dentro de la red de proveedores de servicios médicos en convenio con Bupa.

12.4 El asegurado deberá de identificarse con el proveedor médico dentro de la red de proveedores de servicios médicos en convenio con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por Bupa que lo identifique como asegurado. Cada consulta con médicos y/o médicos especialistas tendrá un copago especificado en la carátula de la póliza, mismo que deberá pagar directamente al proveedor, al finalizar la atención médica.

12.5 En caso de requerir algún servicio de diagnóstico, el Asegurado deberá de revisar la lista publicada en la sección de: https://www.bupasalud.com.mx/productos

12.6 Durante el Periodo de Gracia para el pago de la Prima o cualquiera de sus fracciones, el asegurado contará con cobertura quedando el pago de siniestros que resulten procedentes ocurridos en dicho periodo, bajo el esquema de pago por Reembolso, no procediendo el Pago Directo para ningún Siniestro.

En caso de Siniestro dentro de este periodo, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago, o las fracciones de esta no liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

13. REEMBOLSO

13.1 Bupa reembolsará los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica en los siguientes casos:

a) Cuando la Red no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este contrato.
b) Se acredite saturación,
c) Falta de disponibilidad del servicio o,
d) Error de diagnóstico.

Si el Asegurado recibe atención médica por urgencia médica y se atiende fuera de la Red, deberá notificar a la Compañía en los primeros 5 (cinco) días hábiles posteriores a la atención.

En caso de que la atención médica haya sido otorgada por proveedores fuera de la Red y por causas distintas a las señaladas en el párrafo anterior, se aplicará un coaseguro adicional del 20% (veinte por ciento) al contratado

13.2 El reembolso de la atención médica se calculará conforme los precios y tabuladores negociados con los proveedores médicos en convenio, los cuales varían por especialidad y ciudad, cuando se trate de reembolso de honorarios médicos se pagará hasta el monto indicado en el tabulador de Bupa o el costo del servicio que le presto el médico, lo que resulte menor, es importante mencionar que a dicho reembolso se le descontará el coaseguro y copago para cada cobertura o beneficio, el cual se encuentra estipulado en la carátula de la póliza, así como el coaseguro adicional cuando corresponda, para posteriormente ajustar a las limitaciones correspondientes, así como también se le deducirá el importe de las primas vencidas y no pagadas del asegurado, en caso de que la prima haya sido pagada en parcialidades.

No se realizará ningún pago directo o reembolso por servicios médicos ofrecidos en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

Para solicitar un reembolso se requiere el envío de la siguiente documentación al correo bmx_atencionsalud@bupa.com.mx en

un formato legible para iniciar correctamente dicho trámite:

1. Formulario de reembolso y formulario de reclamación debidamente completado y firmado por el **asegurado titular** y/o contratante.

2. Informe Médico: El documento será requisitado por el o (los) Médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.

3. **Estudios de laboratorio,** gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
4. Facturas emitidas a nombre del **asegurado titular**, del **contratante** o a nombre de Bupa México Compañía de Seguros
5. S.A. de C.V. según se detalla más adelante, indicando el nombre del **paciente** y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
6. **Solicitud** para pago con transferencia bancaria a la cuenta del **asegurado titular** o **contratante** debidamente completada y firmada.

7. Identificación oficial del **titular** de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente)
8. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del **titular** de la cuenta sólo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del **titular** de la cuenta.

Nota: Vitamédica Administradora es un proveedor especializado contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que presten 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 podrán recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

13.3 Bupa podrá solicitar información y documentación adicional durante el proceso de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que sea necesaria para determinar la procedencia del siniestro durante el proceso.

En caso de proceder el reembolso, aplicará de acuerdo con lo indicado en el punto 13. Reembolso de estas Condiciones Generales y la forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por el asegurado en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda u otros, es responsabilidad del receptor del pago.

Bupa indemnizará el reembolso procedente al beneficiario designado en la solicitud o cuestionario y/o en su caso a la sucesión notarial y judicial.

Cualquier seguimiento de la solicitud de Reembolso podrá realizarse en los siguientes medios:

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 5340 3553
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905
WEB: www.bupasalud.com.mx
Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 20:00 p.m. o al correo electrónico:
Bmx_atencionsalud@bupa.com.mx

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 (setenta) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de **Bupa** quedarán extinguidas si se demuestra que el **asegurado titular** y/o **contratante** o su(s) beneficiario(s) o su(s) representante(s), 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.

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: Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

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

13.5 **Bupa** cubrirá por los servicios cubiertos de acuerdo a los montos, copagos, coaseguros y topes máximos establecidos en la carátula de la póliza.

13.6 Este plan de seguro denomina los **beneficios cubiertos** en pesos mexicanos.

13.7 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, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **asegurado titular** y/o **contratante**, beneficiario, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

13.8 Esta **póliza** tiene cobertura únicamente en el territorio de la República Mexicana.

Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero.

14. RENOVACIÓN

14.1 Bupa podrá renovar la póliza, siempre y cuando las dos partes lo estipulen por escrito, para lo cual el contratante deberá solicitar con al menos 30 días naturales de anticipación la renovación al fin de la vigencia del contrato, mediante el uso del formato correspondiente y que se le haya proporcionado para dicho fin, bajo las mismas condiciones que se realizó la emisión de la póliza a renovar y siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de grupo para la operación de Vida y del Seguro colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Cada renovación será por un periodo de vigencia de un año, a partir de cualquier renovación, no quedarán cubiertos los integrantes cuyas edades estén fuera de los límites de admisión establecidas en estas Condiciones Generales.

14.2 En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa vigentes obtenidas conforme a la metodología indicada en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

15. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

15.1 En caso de que este **contrato** hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el **asegurado titular** y/o **contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la **póliza**, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

(a) El **contratante** lo solicite por escrito a **Bupa.**
(b) El (los) **asegurado**(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de **Bupa.**

Bupa comunicará por escrito al **contratante** la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) 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 la rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, en ningún caso Bupa cubrirá enfermedades o accidentes, ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que Bupa emitió la autorización de la rehabilitación, así como su complicaciones o secuelas no obstante que ocurran dentro de la vigencia de la póliza rehabilitada.

Bupa se reserva los derechos de aceptación.

16. CAMBIOS A SU PÓLIZA

16.1 Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente el **contratante** podrá solicitar la modificación y/o dar por terminado este **contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los **dependientes y asegurado titular**, en su caso. Este **contrato** se podrá cambiar o modificar a través de **endosos** previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

16.2 Al igual que en la contratación inicial del seguro, en caso de que el **contratante** quiera incluir un nuevo **dependiente** elegible a la **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá presentar la **solicitud** de seguro correspondiente.

16.3 Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **contratante** únicamente podrá solicitar modificaciones a la presente **póliza** al momento de la **renovación**.

16.4 **Bupa** podrá hacer modificaciones a la **póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro, los cuales serán previamente registrados ante

la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo anterior se le notificará al **contratante** por los medios de contacto proporcionados por el **contratante** en la **solicitud** o posteriormente en caso de actualización o cambio.

17. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

17.1 El **contratante** deberá informar a **Bupa** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto incluyendo correo electrónico, dado que **Bupa** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **asegurado titular** y/o **contratante** notifique lo contrario.

18. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

18.1 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 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de **Bupa**.

18.2 En caso de que el **contratante** desee cancelar este **contrato** dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al **contratante** el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo generado para la emisión de la **póliza** y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la **póliza** nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

El importe de la prima a pagar será realizado dentro de los 30 (treinta) días hábiles posteriores a la solicitud de cancelación, lo cual se realizará mediante cheque o transferencia electrónica.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **Contratante** a **Bupa.**

18.3 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.

En este supuesto, 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 la **póliza** haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **contratante** dirigido a **Bupa** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

Sin perjuicio del plazo de prescripción para las acciones que deriven del contrato de seguro de conformidad con lo establecido en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, con la terminación de la **póliza** terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización.

El **Contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este **contrato**.

Ningún **asegurado titular** y/o **contratante** será penalizado con la cancelación de su **póliza** debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

18.4 En caso de fallecimiento de cualquier asegurado, el Contratante se obliga a notificarlo a BUPA, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento, una vez notificado, Bupa proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio, dicha solicitud surtirá efecto a partir de que le sea asignado el folio, a menos que el asegurado fallecido haya tenido reclamaciones, la baja surtirá efecto al día siguiente de la última fecha de atención prestada al asegurado y/o asegura dos. Si el asegurado que fallece fuera el asegurado titular, se procederá a darlo de

baja a él y a sus dependientes.

Bupa devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza y/o asegurado más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta, menos el costo administrativo generado para la emisión y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, al Contratante quien fue el que hizo el pago de la prima, dicha devolución procederá, siempre y cuando el asegurado que será dado de baja, no haya tenido reclamaciones en la póliza vigente, en caso contrario Bupa no devolverá prima, ya que esta se considerará devengada en su totalidad, la prima que corresponda se devolverá en un término de 30 días hábiles siguientes al fallecimiento, mediante cheque o transferencia.

18.5 Bupa está obligada a cumplir con las obligaciones y servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en la póliza respectiva dentro de la vigencia de la misma. Dicha obligación terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

a) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
b) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
c) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

19. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

20. NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA CON RESPECTO A SU COBERTURA

20.1 El objetivo de **Bupa** bajo esta **póliza** es brindar atención médica a través de la la Red de Proveedores de Servicios Médicos en convenio con Bupa, para cubrir al **asegurado y/o dependientes** con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Este seguro tiene como objeto principal brindar atención médica con enfoque preventivo, así como restaurar la salud a través de los servicios médicos descritos en las coberturas amparadas por este contrato y mediante la realización de las siguientes acciones:

- Promoción para preservar la salud y estilos de vida saludables.
- Detección temprana de enfermedades crónicas.

Los servicios médicos serán brindados a través de la Red de Proveedores de Servicios Médicos en convenio con Bupa que los Asegurados podrán consultar en el listado publicado en http://www.bupasalud.com.mx/productos

Lo anterior, tendrá lugar siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de requerir el servicio.

20.2 Ningún agente de seguros o intermediario 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 el **asegurado titular** y/o **contratante** y **Bupa** (las partes) y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**.

20.3 Durante la vigencia de la **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** podrá solicitar por escrito a **Bupa** que 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **solicitud**.

21. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

El asegurado titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del asegurado titular y/o contratante y/o de cualquier

dependiente.
El asegurado, y/o contratante también estará obligado a:

(a) Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
(b) Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;

(c) Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

(a) Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
(b) Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta
(c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. 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.

Bupa tiene el derecho, cuando corresponda, de verificar sus datos con agencias especializadas, y/u otras aseguradoras con el fin de prevenir y detectar información falsa. Siempre que, el asegurado y/o contratante proporcionen información falsa o inexacta, Bupa podrá registrarlo con una agencia especializada, y/u otras aseguradoras y podrá usar y buscar estos registros para ayudar a: tomar decisiones sobre los beneficios y los servicios relacionados con los beneficios de la póliza, tomar decisiones sobre otras propuestas de aseguramiento y reclamaciones, establecer su identidad y búsquedas adicionales.

22. 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 dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a su recepción:

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, 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 y viernes de 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

22.1 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 su controversia.

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**.

23. COMPETENCIA

23.1 Las disposiciones de este **contrato** están sujetas a Leyes de la República Mexicana. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

23.2 En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza**, en razón del lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

24. ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

(a) El número de **póliza** 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, folleto explicativo 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 https://www.bupasalud.com.mx/productos 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**.

25. CAMBIOS EN LA RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS EN CONVENIO

La Compañía informará por escrito a los Asegurados los cambios que ocurran en la red de Proveedores de Servicio médicos en convenio, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a que sucedan los mismos y el asegurado podrá consultarlos en el listado publicado en https://www.bupasalud.com.mx/productos.

III. COBERTURAS BÁSICAS

Aspectos importantes que considerar con respecto a los **beneficios cubiertos** por su Seguro de Salud.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Todos los beneficios cubiertos deberán ser coordinados directamente por el Asegurado a través de la red de proveedores de servicios médicos en convenio con Bupa.

La cobertura máxima para todos los gastos 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 las presentes Condiciones Generales para conocer los detalles sobre los **beneficios cubiertos** de su plan específico.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **beneficios cubiertos** se entenderán como pesos mexicanos.

Bupa pagará directamente al proveedor de servicios médicos dentro de la red los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** considerando el límite establecido en la carátula de la póliza.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele copagos, coaseguros, limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

Todos los beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**. La **suma asegurada** correspondiente se encuentra especificada en la carátula de la póliza.

1. CONSULTAS MÉDICAS EXTERNAS DE PRIMER CONTACTO Y/O ESPECIALISTAS

Bupa pagará los honorarios por concepto de consulta con médicos de primer contacto o especialistas dentro de la red de proveedores de servicios médicos en convenio sin límite de eventos hasta agotar la suma asegurada de la póliza como se indica en la **carátula de la póliza** de su Seguro de Salud para:

- Recibir consultas externas de **primer contacto** programada o inmediata
- Recibir consultas externas de **especialistas** programada o inmediata
- Prescribir estudios de laboratorio de acuerdo con lo indicado en la cobertura de check ups
- Efectuar el diagnóstico relacionado con **los síntomas** manifestados durante la vigencia de esta póliza.

Se consideran Médicos de primer contacto los siguientes:

a) Medicina general y/o familiar: edad abierta,
b) Pediatría: Tratándose de niños y niñas menores de 16 (dieciséis) años,
c) Ginecología: Mujeres de 11 (once) años en adelante,
d) Geriatría: Mujeres y hombres de 60 años en adelante.

Las consultas por Atención con Médicos Especialistas quedarán cubiertas previa referencia de un Médico de primer contacto autorizado por Bupa según sea necesario por el estado de salud que presente el Asegurado y de acuerdo a lo especificado en las presentes Condiciones Generales.

Se consideran Médicos especialistas los siguientes:

a) Otorrinolaringología
b) Gastroenterología
c) Ortopedia y traumatología
d) Cardiología
e) Urología

Para esta cobertura aplicará el copago correspondiente por cada atención con médico de primer contacto o especialista, señalado en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera sin límite de eventos al año.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- **Bajo esta cobertura no estarán cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico de Atención de Especialidad dentro del consultorio.**
- **No se cubren consultas derivadas de otras especialidades o subespecialidades que no se encuentren descritas en este apartado.**
- **No se cubren procedimientos realizados por el médico de primer contacto y/o de atención de Especialidad dentro del consultorio.**

2. CHECK UP

Bupa cubrirá a través de la red de proveedores de servicios médicos en convenio, las atenciones de Check up que se enlistan en las presentes Condiciones Generales.
Se cubrirá un check up al año por asegurado por año póliza aplicando el copago correspondiente, señalado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Check Up
Química sanguínea básica
Glucosa
Examen general de orina
Antígeno prostático
Papanicolau

IV. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

Las exclusiones de esta sección aplican en conjunto con las exclusiones que se mencionan en estas Condiciones Generales.

Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto íntegro de las presentes Condiciones Generales.

Con excepción de lo específicamente cubierto, esta póliza no cubre los gastos médicos de:

1. **Cualquier servicio que no se encuentre expresamente cubierto en el apartado de Coberturas, y no haya sido autorizado por la Compañía.**
2. **Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico de primer contacto y/o especialista de la red.**
3. **Servicios originados por hechos ocultados o mal informados.**
4. **Complicaciones por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.**
5. **Medicamentos y tratamientos médicos, derivados de consultas de primer contacto y/o especialistas.**
6. **Evento de parto y/o cesárea, así como cualquier atención médica y/o complicación derivada del parto y/o cesárea.**
7. **Atención médica derivada de: legrados uterinos, aborto, pérdida voluntariamente inducida, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean sus causas.**
8. **Cualquier atención médica a consecuencia de padecimientos congénitos de cualquier tipo.**
9. **Cirugía ambulatoria, así como los honorarios médicos derivados de la misma.**
10. **Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por los problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.**
11. **Honorarios médicos a consecuencia de cualquier intervención quirúrgica.**
12. **Servicios de Hospitalización, así como los honorarios derivados del mismo.**
13. **Tratamientos médicos de fertilidad o esterilidad, recanalización tubárica, reproducción**

asistida, disfunción eréctil, eyaculación precoz, impotencia sexual, cambio o transformación de sexo ni cualquiera de sus consecuencias y/o sus complicaciones, así como cualquier evento hospitalario derivado de dichos tratamientos o estudios.

14. **Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.**
15. **Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.**
16. **Tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular.**
17. **Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
18. **Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquinéticos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, lesiones autoinflingidas, intento de suicidio (aun cuando se cometan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica, tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos. Todo lo anterior independientemente de su causa o complicación.**
19. **Estudios que requieran o sean derivados de una hospitalización y/o cirugía.**
20. **Tratamientos médicos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**
21. **Tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.**
22. **Tratamiento médico de calvicie, obesidad o reducción de peso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
23. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.**
24. **Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos.**
25. **Estudios de diagnóstico y/o tratamientos médicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
26. **Estudios y procedimientos de diagnósticos y/o tratamientos médicos del Síndrome de Fatiga Crónica.**
27. **Cualquier tipo de Tratamiento médico relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.**
28. **Tratamientos médicos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.**
29. **Tratamientos médicos y/o medicamentos para corregir o controlar el acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento de carácter estético o plástico, así como cualquier padecimiento dermatológico.**
30. **Tratamiento médico y/o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquellas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**
31. **Prótesis y Endoprótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos, así como plantillas, zapatos y/o alerones ortopédicos.**
32. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como "check up" distintos a los específicamente cubiertos en la Cobertura 2. CHECK UP, así como materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, jeringas, vendas, soluciones antisépticas, tiras reactivas, gasas, alcohol, anorexigénicos, gotas para los ojos, etc.), multivitamínicos, complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería o belleza, cosméticos, antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas, artículos dentales (pastas, cepillos dentales, enjuagues y geles orales), protectores solares, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas.**
33. **Equipo de riñón artificial para uso residencial.**

34. **Todos los gastos por transporte de ambulancia aérea.**
35. **Atención médica en el extranjero.**
36. **Padecimientos Preexistentes.**
37. **Atenciones médicas que excedan de la suma asegurada contratada.**
38. **Servicios de salud en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:**
    - **Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.**
    - **Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento de éste.**
    - **Hechos o actos vinculados con la calidad que el Asegurado tenga como miembro del ejército o de otras fuerzas armadas, de cualquier país u organización de países.**
    - **Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.**
39. **Intentos de suicidio, o lesiones auto infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
40. **Práctica profesional de cualquier deporte o práctica de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, salto de bungee, automovilismo, espeleología, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados "extremos", aún cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.**
41. **Epidemias declaradas oficialmente.**
42. **Cámara hiperbárica.**
43. **Ozonoterapia.**
44. **tratamientos de planificación familiar o de anticoncepción.**
45. **Honorarios médicos por tratamiento médico, cuando el médico sea el mismo asegurado, familiar directo del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.**
46. **Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.**
47. **Vacunas.**

V. AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ("Bupa México") con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México en su carácter de Responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("LFPDPPP").
Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.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 México ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 5202 1701, 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 55 5340 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

VI. ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

ARTÍCULO 276.- 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.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de

confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

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

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- 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 53.- 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 55.- 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 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. Artículo

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- 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.

84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de

peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva.

En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que

registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y multa de cuatrocientas a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando, además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción I del párrafo primero del presente artículo, se aumentará hasta en un tercio la pena establecida.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;

III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio par

a la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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

Trigésima Novena. Para efectos de determinar aquellas Operaciones que sean Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán considerar, entre otras, las siguientes circunstancias, con independencia de que se presenten en forma aislada o conjunta:

I. Las condiciones específicas de cada uno de los Clientes, como son, entre otras, sus antecedentes, el Grado de Riesgo en que lo haya clasificado, así como su ocupación, profesión, actividad, giro del negocio u objeto social correspondiente.

II. Los tipos, montos, frecuencia y naturaleza de las Operaciones que comúnmente realicen sus Clientes, la relación que guarden con los antecedentes y la actividad económica conocida de ellos.

III. Los montos inusualmente elevados, la complejidad y las modalidades no habituales de las Operaciones que realicen los Clientes.

IV. Las Operaciones realizadas por un mismo Cliente, siempre que las mismas no correspondan a su perfil transaccional o que se pueda inferir que se fraccionan para evitar ser detectadas por las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para efectos de estas Disposiciones.

V. Los usos y prácticas de seguros, fianzas, fiduciarias y mercantiles en general o que priven en la plaza en que operen.

VI. Cuando los Clientes se nieguen a proporcionar los datos o documentos de identificación, correspondientes señalados en los supuestos previstos al efecto en las presentes Disposiciones, o cuando se detecte que presentan información que pudiera ser apócrifa o datos que pudieran ser falsos.

VII. Cuando los Clientes intenten sobornar, persuadir o intimidar al personal de las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros, con el propósito de lograr su cooperación para realizar actividades u Operaciones Inusuales o se contravengan las presentes Disposiciones, otras normas legales o las políticas, criterios, medidas y procedimientos de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros en la materia.

VIII. Cuando los Clientes pretendan evadir los parámetros con que cuentan las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para reportar las Operaciones a que se refieren las presentes Disposiciones.

IX. Cuando se presenten indicios o hechos extraordinarios respecto de los cuales la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros no cuente con una explicación, que den lugar a cualquier tipo de suspicacia sobre el origen, manejo o destino de los recursos utilizados en las Operaciones respectivas, o cuando existan sospechas de que dichos indicios o hechos pudieran estar relacionados con actos, omisiones u Operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis y 400 Bis del Código Penal Federal.

X. Cuando las Operaciones que los Clientes pretendan realizar involucren países o jurisdicciones:

a) Que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) Que, a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones, o bien, cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo.

XI. Cuando se presuma o existan dudas de que un Cliente opera en beneficio, por encargo o a cuenta de un tercero, sin que lo haya declarado a la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, de acuerdo con lo señalado en las presentes Disposiciones; o bien, la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros no se convenza de lo contrario, a pesar de la información que le proporcione el Cliente a que se refiere el primer párrafo de la Trigésima Cuarta de estas Disposiciones.

XII. Las condiciones bajo las cuales operan otros Clientes que hayan señalado dedicarse a la misma actividad, profesión o giro mercantil, o tener el mismo objeto social.

XIII. El tipo de riesgo que se constituye como base del contrato de seguro del Cliente, la realización del riesgo, o la liquidación del siniestro cubierto por dicho contrato.

XIV. Las diversas Operaciones correspondientes a primas excedentes, aportaciones adicionales, montos o cualquier otro similar a seguros con componentes de ahorro de inversión, que sumadas sean iguales o excedan el equivalente a siete mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América, dentro de un mes calendario.

XV. La solicitud de una póliza por parte de una persona que desea tener el carácter de Cliente, desde una plaza distinta, donde una póliza similar puede ser conseguida.

XVI. La terminación o cancelación anticipada de un contrato u Operación, especialmente si ello ocasiona una pérdida y si la devolución del dinero es solicitada en efectivo o a nombre de un tercero.

XVII. La transferencia del beneficio de una póliza a una tercera persona aparentemente no relacionada.

XVIII. El intento de usar un cheque emitido por una tercera persona para adquirir una póliza.

XIX. Cuando una persona que desea tener el carácter de Cliente muestra poco interés por el costo de la póliza, pero mucho más interés en la terminación anticipada del Contrato.

XX. Cuando el Cliente se niegue a proveer la información y documentación requerida para celebrar una Operación, proveyendo información mínima, ficticia o que les es muy difícil verificar.

XXI. Los Clientes cambian inesperadamente de giro o actividad económica, sobre todo migrando a actividades de comercio internacional o de cultivo de la tierra.

XXII. Los depósitos de prendas recibidos como contra garantías de una persona física como el fiado, el contratante o sus obligados solidarios, al emitir una fianza o certificado de caución y se solicita que a la cancelación de la misma, ésta se devuelva o entregue a un tercero ajeno a la operación garantizada.

XXIII. La dación en pago con inmuebles y automóviles.

XXIV. El establecimiento de garantías de Operaciones simuladas, que implican transferencias de recursos de una empresa a otra, los cuales son entregados en administración a la Institución, pero nunca se perfeccionan las Operaciones ni se reclaman las fianzas o los certificados de caución.

XXV. Las reclamaciones de personas físicas o morales que manejan preponderantemente efectivo y que al solicitarles que reembolsen a la Institución las cantidades pagadas por cuenta de ellos, entregan como dación en pago bienes inmuebles rurales, hoteles, bares o similares, construidos o adquiridos probablemente en efectivo, o ciertos bienes muebles como automóviles.

XXVI. Las reclamaciones en las que como contra garantía o reembolso se reciben prendas en efectivo depositadas en diferentes momentos o por diferentes personas que no se ubicaron en los supuestos para ser reportadas como Operaciones relevantes y que se solicitó que se devolviera a una tercera persona, distinta del depositante.

XXVII. Las Operaciones realizadas por un mismo Cliente con moneda extranjera, cheques de viajero, cheques de caja y monedas acuñadas en platino, oro y plata, por montos múltiples o fraccionados que, por cada Operación individual, sean iguales o superen el equivalente a quinientos dólares de los Estados Unidos de América, realizadas en un mismo mes calendario que sumen, al menos, la cantidad de siete mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en la moneda de que se trate, siempre que las mismas no correspondan al perfil transaccional del Cliente o que, respecto de aquellas realizadas por un mismo Cliente, se pueda inferir de su estructuración una posible intención de fraccionar las Operaciones para evitar ser detectadas por las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para efectos de estas Disposiciones.

XXVIII. Cuando se hayan realizado o se pretendan realizar Operaciones por parte de Clientes que se encuentren dentro de la lista que para tales efectos emita la Secretaría bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas".

Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá prever en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento, los mecanismos con base en los cuales deban examinarse los antecedentes y propósitos de aquellas Operaciones que deban ser presentadas al Comité para efectos de su dictaminación como Operaciones Inusuales, conforme a las presentes Disposiciones.

Los resultados del examen arriba señalado deberán constar por escrito y quedarán a disposición de la Secretaría y la

Comisión, por lo menos durante diez años contados a partir de la celebración de la reunión del Comité en que se hayan presentado tales resultados.

Para facilitar el proceso de identificación de Operaciones Inusuales, la Secretaría deberá asesorar regularmente a las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros y proporcionar guías, información y tipologías que permitan detectar Operaciones que deban reportarse conforme a las presentes Disposiciones.

En el proceso de determinación de las Operaciones Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán apoyarse en su Manual de Cumplimiento, así como cualquier otro documento o manual elaborado por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas y, además de esto, considerar las guías elaboradas por la Secretaría, así como por organismos internacionales y agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención y combate de operaciones con recursos de procedencia ilícita y de financiamiento al terrorismo, de los que México sea miembro, que dicha Secretaría proporcione.

Cuadragésima Cuarta. Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá contar con un órgano colegiado que se denominará "Comité de Comunicación y Control" y que tendrá, cuando menos, las siguientes funciones y obligaciones:

I. Someter a la aprobación del comité de auditoría de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, el Manual de Cumplimiento, así como cualquier modificación al mismo.

II. Aprobar la Metodología de Evaluación de Riesgos a que se refiere el Capítulo III de las presentes Disposiciones, debiendo informar de ello al consejo de administración, de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros.

III. Presentar al consejo de administración de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, los resultados de la implementación de la metodología elaborada e implementada para llevar a cabo la evaluación de Riesgos a la que hace referencia el Capítulo III anterior.

IV. Conocer los resultados obtenidos por el área de auditoría interna de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros o por auditor externo independiente respecto de la valoración de la eficacia de las políticas, criterios, medidas y procedimientos contenidos en el Manual de Cumplimiento, a efecto de adoptar las acciones necesarias tendientes a corregir fallas, deficiencias u omisiones. El auditor externo referido es el previsto en la Disposición Sexagésima Segunda.

V. Conocer de aquellos Clientes que por sus características sean clasificados con un Grado de Riesgo alto para la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, de acuerdo con los informes que al efecto le presente el Oficial de Cumplimiento y, en su caso formular las recomendaciones que estime procedentes.

VI. Establecer y difundir los criterios para la clasificación de los Clientes, en función de su Grado de Riesgo, de conformidad con lo señalado en la Disposición Vigésima Octava.

VII. Asegurarse que los sistemas automatizados de las Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, contengan las listas:

a) De países o jurisdicciones que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) De países o jurisdicciones, que a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o de financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones o bien cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

c) Que bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas", proporcione la Secretaría.

d) De Personas Políticamente Expuestas que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deben elaborar, conforme a la Disposición Septuagésima Séptima.

VIII. Dictaminar las Operaciones que deban ser reportadas a la Secretaría, por conducto de la Comisión, como Operaciones Inusuales u Operaciones Internas Preocupantes, en los términos establecidos en las presentes Disposiciones.

IX. Aprobar los programas de capacitación para el personal de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, en materia de prevención, detección y reporte de actos, omisiones u Operaciones que pudiesen actualizar los supuesto previstos en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal.

X. Informar al área competente de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, respecto de conductas realizadas por sus directivos, funcionarios, empleados o apoderados, que provoquen que éstas incurran en infracción a lo previsto en las presentes Disposiciones, o en los casos en que las personas señaladas contravengan lo previsto en las políticas, criterios, medidas y procedimientos previstos en el Manual de Cumplimiento, con objeto de que se impongan las medidas disciplinarias correspondientes.

XI. Determinar en el último trimestre de cada año, si durante el siguiente ejercicio se aplicarán los esquemas señalados en la Disposición Séptima.

XII. Resolver los demás asuntos que se sometan a su consideración, relacionados con la aplicación de las presentes Disposiciones.

XIII. Asegurarse de que la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, para el cumplimiento de las presentes Disposiciones, cuente con las estructuras internas a que se refiere este Capítulo, en cuanto a organización, número de personas, recursos materiales y tecnológicos, de acuerdo con los resultados de la implementación de la metodología a que se refiere el Capítulo III de las presentes Disposiciones.

XIV. Asegurarse de que la clave referida en la Disposición Octogésima sea solicitada y se mantenga actualizada a nombre del Oficial de Cumplimiento u Oficial de Cumplimiento que sea designado como interino, según corresponda.

Cada Institución y Sociedad Mutualista de Seguros deberá establecer en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento o manual que elaboren, los mecanismos, procesos, plazos y momentos, según sea el caso, que se deberán observar en el desempeño de las funciones indicadas en esta Disposición.

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 24 de abril del 2026, con el número CNSF-H0719-0006-2026/ CONDUSEF-007105-01.