CONDICIONES GENERALES BUPA NACIONAL VITAL

Bupa México

CONTENIDO

I. Cláusulas Generales 4
II. Cobertura Básica 16
III. Exclusiones y/o Limitaciones… 31
IV. Definiciones..... 37
V. Aviso de Privacidad..... 46
VI. Anexo de los Artículos citados en las Condiciones Generales de la póliza. 46

I. 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** se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir al **Asegurado titular** y/o **contratante** mediante reembolso o pago directo a la red de proveedores médicos en convenio 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** a consecuencia de **Enfermedades** y **Accidentes** amparados ocurridos al **Asegurado** o sus **Dependientes** incluidos en la **Póliza** y de acuerdo a las condiciones, y límites estipulados en este **contrato**. El **asegurado titular** y/o **contratante** están obligados a declarar en las **solicitudes**, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **contrato** y en el momento la atención médica u hospitalización de cualquier **asegurado**. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por **Bupa**.

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

Las definiciones incluidas en estas condiciones generales aplican para su **Plan Bupa Nacional Vital.**

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, los **endosos**, **anexos** y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.

1.3 La **póliza** solamente puede ser emitida a personas con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para **dependientes económicos como son de forma enunciativa mas no** limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos: también son elegibles los menores de edad para los cuales el **contratante** ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la **solicitud** de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**. No hay edad máxima de **renovación** para **asegurados** ya cubiertos bajo la **póliza**.

1.4 El **contratante** podrá adicionar **dependientes** a la **póliza**, los cuales estarán cubiertos desde la **fecha efectiva** que les corresponda. Los **dependientes** elegibles del **titular** podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 74 (setenta y cuatro) años, descendientes en línea recta o transversal, por consanguinidad, por parentesco civil o por afinidad que dependan económicamente del **contratante**, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos: también son elegibles los menores de edad para los cuales el **contratante** ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la **solicitud** de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**.

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los **dependientes** del **titular**, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

Los **dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **póliza** anterior con **Bupa** y que son elegibles para cobertura bajo su propia **póliza**, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **póliza manteniendo el mismo plan y deducible ,** bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la **póliza** anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva **póliza** las declaraciones vertidas en la **solicitud** que dio origen a la primera **póliza**, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora **contratante** antes de terminar el **período de cobertura** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con **Bupa** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

2. SU COBERTURA

Todas las coberturas especificadas en estas Condiciones Generales deberán seguir el proceso indicado en la sección 5 “Cómo hacer uso de su póliza” dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Bupa cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos mediante pago directo o reembolso, en caso de aplicar, dentro de la red de proveedores**, de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones generales y en la cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza" siempre que exista un diagnóstico definido cubierto.

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestione el proceso de uso de la póliza dentro de la red de proveedores médicos en convenio establecido en la cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza" de estas Condiciones Generales.

2.1 El **deducible** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **carátula** de la **póliza, a menos que las presentes Condiciones Generales indiquen lo contrario, en donde entonces será aplicable lo dispuesto por estas últimas.** En caso de haber contratado un deducible y coaseguro diferente a cero, cualquier beneficio cubierto por esta póliza contempla la necesidad de participación del deducible y/o coaseguro por parte del asegurado, salvo que se estipule lo contrario. El pago del **deducible** por parte del **asegurado** aplicará como sigue:

(a) Un **deducible** por **asegurado**, por **año póliza,** mismo que al ser parte del riesgo que asume el **asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **Bupa** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes y siempre que exista un diagnóstico definido cubierto, hasta el límite de la suma **asegurada contratada. Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su Plan Bupa Nacional Vital, salvo que se indique lo contrario en las presentes Condiciones generales.**

(b) Un máximo equivalente a 2 (dos) **deducibles** por **póliza,** por **año póliza.** El **deducible** deberá ser cubierto por el **asegurado,** mismo que al ser la parte del riesgo que asume el **asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **suma asegurada** contratada.

(c) En caso de **accidente,** se eliminará el **deducible contratado** en los gastos médicos directamente relacionados con el **accidente** siempre y cuando (i) el **asegurado** sea atendido dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** con **Bupa** y (ii) el **asegurado** reciba atención médica y haya erogado un gasto dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes al **accidente** dentro de dicha red.
En caso de **emergencia médica grave** derivada de un accidente cubierto que haya sido atendido fuera de la red de proveedores médicos en convenio, el asegurado podrá solicitar reembolso de los gastos hasta su estabilización médica aplicando el tabulador correspondiente.

(d) Los siguientes beneficios de maternidad no están sujetos a **deducible:** la maternidad y parto, los **tratamientos** pre y post natal, y la cobertura provisional del **recién nacido**. Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su **Plan Bupa Nacional Vital.**

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

2.2 El **coaseguro** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **carátula** de la **póliza,** mismo que corresponde al porcentaje de los gastos aprobados que el **asegurado** debe pagar después de aplicar el **deducible** correspondiente.

(a) Se aplicará un tope máximo de **coaseguro** por **póliza,** por **año póliza,** detallado en la **carátula** de la **póliza.**

(b) No se aplicará el tope máximo cuando el **asegurado** reciba atención médica fuera de la **red de proveedores médicos en convenio** con **Bupa en los casos especificados en las presentes condiciones generales**.

(c) Solo se podrá gestionar reembolso para proveedores fuera de red en caso de **emergencia médica grave** que no haya sido posible atenderla dentro de la **red de proveedores médicos en convenio aplicando el coaseguro correspondiente** y el tabulador de honorarios médicos el cual podrá ser consultado telefónicamente.

(d) **Cuando el asegurado decida programar una hospitalización fuera de la zona geográfica de cobertura contratada, se aplicará un coaseguro adicional del 20% (veinte por ciento) sobre el coaseguro contratado, sin tope, aun cuando se haya contratado la opción de coaseguro 0 (cero).**

	Coaseguro adicional aplicable por zona de hospitalización	
Zona geográfica de cobertura	**Zona 1**	**Zona 2**
Zona 1	0%	0%
Zona 2	20%	0%

(e) Para determinadas coberturas se aplica un porcentaje fijo de **coaseguro**, tal y como se indica en la **carátula** de la **póliza,** aun cuando se haya contratado una **póliza** con **coaseguro cero.**

(f) En caso de un **accidente** cubierto no se aplicará **coaseguro.**

2.3 Para pago directo o reembolso por emergencia médica grave o accidente grave que no haya sido atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio debido a que no se encuentre un médico de la red de proveedores médicos en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, Bupa deberá recibir la información médica

y no médica requerida y suficiente relacionada con los hechos del siniestro para determinar la procedencia del mismo antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al asegurado titular y/o contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. **Bupa no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida.** En caso de aplicar, el reembolso será de acuerdo con el tabulador vigente correspondiente.

2.4 Cuando así se requiera y se indique en las presentes **Condiciones generales**, el **asegurado** deberá contar con la autorización previa y expresa de **Bupa** antes de recibir cualquiera de los **beneficios cubiertos**. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el **asegurado** no acuda a recibir los **beneficios cubiertos** dentro del plazo de 30 (treinta) días contados a partir de la autorización original.

Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa y expresa para recibir cualquier **beneficio cubierto** se encuentran disponibles en la cláusula 5 “Cómo hacer uso de su póliza” de estas **condiciones generales**.

2.5 Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier siniestro, y con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **Bupa** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tal y como resúmenes clínicos y reportes médicos, y de igual forma **Bupa** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de **Bupa** (bajo costo de **Bupa**), quien a su vez le proporcionará a **Bupa** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**.

Cuando **Bupa** así lo solicite, el asegurado deberá firmar todos los formularios de autorización otorgando su consentimiento expreso por escrito, necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. **El no cooperar con Bupa en tiempo, o el no autorizar el acceso de Bupa a los resúmenes clínicos y reportes médicos, puede resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el asegurado no coopera con Bupa para proporcionarle toda la información necesaria para que Bupa esté en posibilidades de apreciar correctamente el siniestro a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas, y por ende, Bupa no estará obligada a cubrir los gastos reclamados (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

2.6 **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.

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **Bupa**, si el(los) **contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (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 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas aplicables a las Instituciones 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.

3. PAGO DE PRIMAS

El **contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a **Bupa**, la cual se calcula según la edad del **asegurado** y es determinada por **Bupa** de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y

Fianzas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima de 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**.

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**. El **contratante** del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. El primer recibo y los subsecuentes aparecen señalados en su póliza, en caso de pagos fraccionados el derecho de póliza se incluye en el primer recibo.

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 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. 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.

El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante 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 que intervienen en la contratación del seguro a recibir efectivo o títulos de crédito.

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.

4. SUBROGACIÓN

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al **asegurado**. El **asegurado 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 u otorgar perdón que afecte de manera adversa los derechos de **Bupa** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

El pago de los beneficios de este **contrato** no se duplicará con los beneficios de ninguna otra **póliza** de seguros para la cual un **asegurado** pueda ser elegible, en caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** no haya notificado a **Bupa** de la existencia de otra **póliza**. Por lo tanto, cuando **Bupa** efectúe el pago o 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.

5. CÓMO HACER USO DE SU PÓLIZA

El asegurado deberá consultar el **directorio de la red de proveedores médicos o en convenio con Bupa** a través de bupasalud.com. mx o llamando al CAT para seleccionar el proveedor médico de su preferencia en caso de tener dos o más opciones.

El asegurado deberá agendar de manera directa la cita con el médico de primer contacto y especialista elegido, el cual deberá estar dentro de la red de proveedores médicos o en convenio Bupa.

Cada consulta con médicos de primer contacto y especialista tendrá un Copago especificado en la carátula de la póliza, mismo que el asegurado deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica, independientemente si el plan contratado por el Asegurado fuese cero deducible, cero coaseguro, el monto por concepto de Copago no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados ni tampoco será reembolsable.

Una vez finalizada la consulta, dicho médico podrá emitir un pase para los siguientes servicios:

1. Procedimiento en consultorio. Se requiere autorización previa para procedimientos especificados dentro de la lista que podrá consultar en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de

www.bupasalud.com.mx/individuos/para-asegurados/documentos-de-tu-poliza o consultar telefónicamente al número 55 6826 9296 y sin costo desde el interior de la República al 800 999 1905.

2. Cita con médico especialista e interconsulta: cada consulta con médicos especialistas e interconsulta, tendrá un Copago especificado en la carátula de la póliza independientemente si el plan contratado fuese cero deducible, cero coaseguro, mismo que el asegurado deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica. **El monto por concepto de Copago no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados para planes diferentes a cero deducible, cero coaseguro, ni será tampoco reembolsable.**
3. Medicamentos. Se requiere autorización previa para medicinas de alta especialidad, ambas listas están publicadas en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx. No aplica coaseguro independientemente del plan contratado.
4. Estudios de Laboratorio y gabinete. Se requiere autorización previa para los mencionados en la lista publicada en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx. No aplica coaseguro independientemente del plan contratado.
5. Cirugía ambulatoria. Se requiere autorización previa y aplicará el deducible y coaseguro contratados para planes diferente a cero deducible, cero coaseguro.
6. Hospitalización. Se requiere autorización previa salvo que se trate de una emergencia médica grave. Aplicará deducible y coaseguro contratados para planes diferente a cero deducible, cero coaseguro.
7. Tratamientos médicos. Se requiere autorización previa. Aplicará deducible y coaseguro contratados para planes diferente a cero deducible, cero coaseguro.

El asegurado deberá de identificarse con el **proveedor médico dentro de la red de proveedores médicos o en convenio con Bupa**
con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por **Bupa** que lo identifique como asegurado.

5.1 PROCESO DE REEMBOLSO

Únicamente será sujeto a posible reembolso las atenciones o servicios otorgados por un proveedor de la red de proveedores médicos en convenio o en los casos específicos mencionados y siguiendo el proceso descrito dentro de las presentes Condiciones Generales.

Queda excluido el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida.

En caso de haber contratado un plan con deducible y coaseguro diferente a 0 (cero), el Asegurado deberá realizar el pago en forma directa al proveedor de la red hasta completar el deducible y coaseguro correspondiente. El asegurado deberá acumular a deducible y coaseguro los gastos realizados en el año póliza a través del proceso de reembolso.

Para gestionar el proceso de reembolso, el asegurado deberá realizar lo siguiente:

1. Completar y firmar el Formulario de reclamación y el Formulario de reembolso correspondientes publicados en el portal de internet www.bupasalud.com.mx
2. Una vez firmado por el Asegurado y Médico tratante, deberá enviarlo vía correo electrónico a siniestros@bupa.com.mx o subirlos a través del portal www.bupasalud.com.mx en la sección Mi Bupa.
3. El Asegurado deberá enviar la siguiente documentación en un formato legible para iniciar cualquier trámite de reembolso:
   a) Formularios de reclamación y reembolso debidamente completados y firmados tanto por el asegurado titular y/o contratante así como por el médico tratante.
   b) Interpretación y estudios de laboratorio, gabinete y/o patología que dan origen al diagnóstico.
   c) Recetas que den sustento al diagnóstico y tratamiento.
   d) Facturas emitidas a nombre del asegurado titular indicando el nombre del paciente y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
   e) Comprobante de pago del servicio recibido.
   f) Estado de cuenta bancario e identificación oficial del titular de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente).
   g) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del titular de la cuenta solo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del titular de la cuenta.
   h) Formulario Único de Identificación y Conocimiento del Cliente, y documento CURP (únicamente en caso de que no se encuentre incluida en la identificación oficial vigente), aplicables exclusivamente cuando el pago se realice al beneficiario designado en la solicitud de seguro y/o a la sucesión legal del Asegurado Titular y/o Contratante, como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de ellos.

En caso de que el reembolso fuera por un Accidente, Bupa podrá solicitar la denuncia y en su caso carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público, en caso de que aplique, así como cualquier información complementaria que considere pertinente para llevar a cabo el dictamen médico.

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 el tabulador de honorarios médicos vigente 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.

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

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905

WEB
www.bupasalud.com.mx en la sección Mi Bupa.

Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm y sábado de 8:00am a 3:00pm o al correo vmxservicio@bupa.com.mx

5.2 CASOS SUSCEPTIBLES A REEMBOLSO

A continuación, se mencionan los casos susceptibles a reembolso en caso de haber contratado un plan con deducible y coaseguro igual a 0 (cero):

1. En caso de reembolso **por emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio y por pago directo debido a que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, **Bupa** pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el **deducible y posteriormente el coaseguro cuando corresponda**.

2. En caso de que el Asegurado reciba atención médica en zonas con insuficiencia de red y requiera un reembolso por atención médica recibida fuera de la red de proveedores médicos en convenio, deberá comunicarse a los teléfonos del CAT señalados en las presentes Condiciones Generales para recibir más información sobre el proceso solicitado. El reembolso correspondiente aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos vigentes.

3. En caso de que el Asegurado y/o Contratante fallezca, Bupa pagará el reembolso pendiente de pago al beneficiario designado en la solicitud de seguro y, a falta de esta designación, a la sucesión legal del Asegurado Titular y/o Contratante.

Bupa no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida.

El reembolso correspondiente a emergencia médica grave aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos vigente, el cual podrá ser consultado telefónicamente.

En caso de proceder el reembolso, la forma de pago 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.

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

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 o 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.

Esta póliza tiene cobertura en la zona geográfica de cobertura detallada en la carátula de la póliza, siempre dentro del territorio de la República Mexicana. Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero.

Zona 1 de cobertura: República Mexicana.
Zona 2 de cobertura: República Mexicana exceptuando Ciudad de México y zona Metropolitana y Monterrey.

5.3 PROCESO PAGO DIRECTO

En caso de haber contratado un plan con deducible y coaseguro igual a 0 (cero), Bupa realizará el pago directo al proveedor de la red de proveedores médicos en convenio.

En caso de haber contratado un plan con deducible y coaseguro diferente a cero, el Asegurado deberá realizar el pago en forma directa al proveedor de la red hasta completar el deducible y coaseguro correspondiente. El asegurado deberá acumular a deducible y coaseguro los gastos realizados en el año póliza a través del proceso de reembolso mencionado en la cláusula 5.1 “Proceso de reembolso”. Una vez cubiertos, podrá gestionar el pago directo de los servicios subsecuentes.

El Asegurado deberá seguir los pasos siguientes:

1. Ingresar al portal www.bupasalud.com.mx para consultar la red de proveedores médicos en convenio.
2. Seleccionar libremente al proveedor dentro de la red de servicios médicos en convenio y agendar cita.
3. Acudir a la cita en donde podrá recibir un pase o receta otorgado por el médico de primer contacto en caso requerir un servicio médico adicional (laboratorio, medicamentos).

En caso de hospitalización, el asegurado deberá gestionar el proceso de autorización previa para coordinación de pago directo sin importar el deducible y coaseguro contratado.

El asegurado deberá llenar los siguientes formularios y documentación y entregarlos a su médico de la red, quien someterá el caso a dictamen para continuar el proceso:

- Formulario de reclamación debidamente completado y firmado tanto por el asegurado titular y/o contratante así como por el médico tratante dentro de la red.
- Informe (s) médicos (s).
- Interpretación y/o estudios de laboratorio, gabinete y/o patología y recetas que dan origen al diagnóstico.
- Recetas que den sustento al diagnóstico y tratamiento.

Para fines de claridad, cualquier autorización para pago directo deberá ser validada previamente por **Vitamédica Administradora** mediante la red de proveedores médicos en convenio. Para consultar el directorio de proveedores médicos en convenio, el asegurado podrá acceder a través de los siguientes medios:

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
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 8:00am a 5:00pm y sábado de 8:00am a 3:00pm o al correo vmxservicio@bupa.com.mx

Nota: **Vitamédica Administradora** es un proveedor especializado contratado por **Bupa** para la coordinación, 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**.

5.4 EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

En caso de que el tratamiento médico de **emergencia médica grave**, sea atendido dentro de la red de proveedores médicos o en convenio con Bupa, el asegurado deberá notificar a Bupa dentro de las 24 hrs siguientes al inicio del tratamiento a través de los siguientes medios de contacto:
Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905
Correo electrónico: siniestros@bupa.com.mx

Se aceptará la notificación de emergencia grave realizada por el Asegurado, Contratante, Agente o Bróker, Familiar u hospital (incluidos Módulos Hospitalarios).
En caso de que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, **el tratamiento** médico de **emergencia médica grave** podrá ser atendido fuera de la red de proveedores médicos en convenio, el asegurado deberá notificar a Bupa dentro de las 24 hrs siguientes al inicio del **tratamiento**. Una vez que el asegurado se encuentre estable medicamente deberá ser trasladado a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio para continuar con la atención médica.

En caso de emergencia médica grave atendida fuera de red de proveedores médicos en convenio el asegurado podrá solicitar reembolso de los gastos hasta su estabilización médica aplicando el tabulador correspondiente.

La atención deberá ser dentro de la red de proveedores médicos en convenio exceptuando en caso de emergencia médica grave atendida fuera de la red de proveedores médicos en convenio. De ser el caso, el asegurado será trasladado a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa tan pronto sea medicamente posible. En este caso aplicará tabulador de honorarios médicos el cual podrá ser consultado telefónicamente con Bupa

El asegurado titular y/o contratante deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento deberán ser atendidas dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Para reclamaciones de **dependientes** que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos **dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **asegurado titular** y/o **contratante** confirmando que dichos **dependiente**s son solteros. En caso contrario, **Bupa** podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte. 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 que no sean gestionadas por medio de pago directo y dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** en los casos mencionados dentro de las condiciones generales 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 con 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.

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

5.5 PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

El medico de red deberá solicitar la autorización previa para las coberturas o beneficios que así lo requieran, de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales de forma directa con Bupa.

En caso de hospitalización, el asegurado y el médico tratante deberá firmar el formulario de reclamación correspondiente el cual podrá consultar en la sección Mi Bupa dentro de bupasalud.com.mx por lo menos 72 horas antes de la hospitalización.

En caso de que no se encuentre un proveedor médico dentro de la localidad, el asegurado deberá comunicarse a los teléfonos de atención al cliente señalados en la siguiente cláusula y se le ofrecerá una referencia del proveedor médico más cercano

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296

Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905

5.6 DIRECTORIO DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

Bupa se obliga a comunicar al asegurado, a través de **www.bupasalud.com.mx** y a través de los teléfonos de atención a clientes incluidos en estas condiciones generales, el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio,** así como los datos de localización de consultorios y/u oficinas en la que los proveedores médicos de la **red de proveedores médicos en convenio** prestarán a los asegurados los servicios médicos en los términos indicados en este documento y en el contrato.

Bupa deberá mantener actualizado y disponible el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio** en bupasalud.com.mx.

6. RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, **Bupa** no podrá negar la **renovación** de su **póliza** por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **asegurado titular** y/o **contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la **póliza**.

La **renovación** se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas por lo que respetarán las limitaciones de las coberturas inicialmente contratadas, seguirán los mimos periodos de espera y los límites de edad estipulados en la Póliza inmediata anterior, respetándose el derecho de antigüedad adquirido por el asegurado.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, de acuerdo con los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar con información suficiente, homogénea y confiable conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Asimismo, en la **Renovación** se seguirá otorgando el servicio de red médica y hospitalaria similar a la originalmente contratada en términos de calidad, servicio y cobertura geográfica, de conformidad con los productos que estén registrados por **La Compañía** ante la citada Comisión en ese momento.

Bupa informará por escrito o por medios electrónicos al **asegurado titular** y/o **contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **póliza**, los valores de la prima, **deducible** o cualquier **coaseguro** aplicable a la misma.

Se podrá actualizar el deducible y tope de coaseguro de acuerdo con la inflación médica anual presentada por el gobierno federal a través de las dependencias autorizadas para la elaboración del índice nacional de precios al consumidor.

En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la **renovación** de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de **Bupa**.

Siempre otorgará en la renovación por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.
c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

7. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

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 de acuerdo con las políticas de aceptación y rehabilitación vigentes de Bupa y se cumpla con lo siguiente:

a) El asegurado titular y/o contratante lo soliciten por escrito a Bupa.
b) El (los) asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.
c) El asegurado presente los documentos necesarios establecidos para solicitar la rehabilitación.

Bupa comunicará por escrito al asegurado titular y/o 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 aprobar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente una oferta de cobertura.

No se cubrirán enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el periodo al descubierto.

8. CAMBIOS A SU PÓLIZA

Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente el **asegurado titular** y/o **contratante** podrán modificar y/o dar por terminado este **contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los **dependientes**, en su caso. Este **contrato** se podrá cambiar, modificar o exentar mediante la incorporación de cláusulas adicionales a través de **endosos** previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al igual que en la contratación inicial del seguro, en caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** quiera incluir un nuevo **dependiente** elegible a la **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá presentar la **solicitud** de seguro correspondiente que incluya un cuestionario de salud. Según los términos del Artículo 8 (ocho) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **Bupa** podrá denegar la inclusión a la **póliza** de dicha persona, o podrá establecer restricciones o exclusiones para cubrir al nuevo **dependiente**. Igualmente, bajo la discreción de **Bupa**, se establecerá si las condiciones preexistentes del nuevo **dependiente** serán cubiertas o se tendrá que pagar una prima adicional. Los menores de edad podrán ser incluidos sin presentar el historial médico cuando se haya establecido así en estas condiciones generales.

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

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 **asegurado titular** y/o **contratante** por los medios de contacto proporcionado por el **contratante** o **asegurado titular** en la **solicitud** o posteriormente en caso de actualización o cambio.

Cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

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

9. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

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

10. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

10.1 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 solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de **Bupa**.

10.2 Si el contenido de la **póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días 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).

En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** desee cancelar este **contrato** dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al **asegurado titular** y/o **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.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito o correo electrónico junto con el formulario de cambios debidamente requisitado (disponible en www.bupasalud.com.mx) e identificación oficial por parte del **asegurado titular** y/o **contratante** a **Bupa**.

El importe respectivo, le será devuelto al Asegurado titular y/o contratante mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación del escrito de cancelación.

10.3 La **póliza** podrá ser cancelada o no renovada a petición del **asegurado titular** y/o **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 **asegurado titular** y/o **contratante** se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

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

En caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** decida dar por terminado el contrato y/o fallezca después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá al **Asegurado Titular** y/o al beneficiario y/o a la persona que se designe en la sucesión testamentaria y/o notarial, el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta, menos el costo administrativo generado para la emisión de la póliza y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado.

El importe respectivo, le será devuelto al **Asegurado titular** y/o **contratante** y/o al beneficiario y/o a la persona que se designe en la sucesión testamentaria y/o notarial, mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación del escrito de cancelación.

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 **asegurado titular** y/o **contratante** dirigido a **Bupa** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

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

El **asegurado titular** y/o **contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este **contrato**.

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

10.4 Si el **contratante, asegurado titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se deberá notificar a **Bupa** dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.

Al fallecimiento del **asegurado titular** y/o **contratante**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **contratante** o **asegurado titular**, según corresponde, e incluir sus propios **dependientes**.

Si el **contratante** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **contratante**, este **contrato** será cancelado, y si ninguna reclamación o **solicitud** para recibir **beneficios cubiertos** ha sido presentada, **Bupa** reembolsará la prima no devengada que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la **póliza**.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura terminará, y en tanto ninguna reclamación o **solicitud** para recibir **beneficios cubiertos** a favor del **dependiente** haya sido realizada, **Bupa** reembolsará la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la cobertura.

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

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

10.6 Sujeto a los términos y condiciones especificados en este **contrato**, los beneficios comienzan en la **fecha efectiva** de la **póliza** y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 y termina a las 24:00 horas:

(a) En la fecha de expiración de la **póliza,** o
(b) Al expirar el **período de gracia** para el pago de la prima sin que esta hubiere sido pagada a **Bupa,** o
(c) A solicitud por escrito del **asegurado titula**r y/o **contratante** para terminar su cobertura, o
(d) A solicitud por escrito del **asegurado titula**r y/o contratante para terminar la cobertura para algún **dependiente.**

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

El objetivo de **Bupa** bajo esta **póliza** es cubrir al **asegurado mediante la red de proveedores médicos en convenio** y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el **asegurado** reciba los **beneficios cubiertos**. No es objetivo de **Bupa** proveer los **beneficios cubiertos**.

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**.

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**.

12. 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
(c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de

realizar cualquier pago 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.

13. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Cuando se hace referencia al **asegurado titular** y/o **contratante**, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a **dependientes**, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

El **asegurado titular** y/o **contratante** y cualquier **dependiente** tendrán que actuar de buena fe y de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a **Bupa** sean precisos y estén actualizados al momento de presentar la **solicitud** de seguro y para cualquier **renovación**, extensión o modificación.

El **asegurado titular** y/o **contratante** tendrá la obligación de avisar a **Bupa** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.

El **asegurado titular** y/o **contratante** deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a **Bupa**.

14. COMPETENCIA

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.

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.

En caso de controversia con los servicios y/o productos contratados, el Contratante y/o beneficiario podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

(a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, o
(b) La Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo determinar a su elección la Competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 68, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa:
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

15. ENTREGA DE INFORMACIÓN

15.1 **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 y recibo de pago, documentos que se envían al **asegurado titular** y/o **contratante** en formato impreso con el paquete inicial al contratar la **póliza**, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** haya elegido esta opción en la **solicitud** de seguro.

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

16. COMISIONES INTERMEDIARIOS

16.1 Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito al correo atencioncliente@bupa.com.mx a la Compañía para que le informen el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro.

La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

II. COBERTURA BÁSICA

Aspectos importantes a considerar con respecto a los **beneficios cubiertos** por su **Plan Bupa Nacional Vital.**

1. AUTORIZACIÓN PREVIA BUPA

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestione la atención médica dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa.

El asegurado deberá agendar una cita con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa. y deberá de identificarse con el proveedor médico dentro de la red de proveedores médicos en convenio con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por Bupa que lo identifique como asegurado.

Todo servicio médico que no sea consulta de primer contacto y **emergencia médica grave** deberá ser prescrita por el médico de la red de proveedores médicos en convenio, de igual forma el médico deberá de preautorizar los servicios descritos en esta sección.

El cliente deberá de firmar el formato correspondiente disponible en www.bupasalud.com.mx en caso de hospitalización. Para los servicios mencionados a continuación, el médico tratante deberá solicitar de forma directa autorización previa a Bupa.

(a) Medicamentos de alta especialidad y costo al público arriba de $5,000.00 (Cinco mil pesos 00/100 M.N.) Los medicamentos cubiertos y la lista de medicamentos de alta especialidad que se encuentran publicados en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx.

(b) Estudios de laboratorio y gabinetes de acuerdo a lista publicada en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx.

(c) Hospitalizaciones

(d) Cirugías ambulatorias

(e) Ambulancia aérea

(f) Procedimiento en consultorio general o especialista de acuerdo a la lista publicada en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx

(g) Equipo médico durable y apoyos médicos (oxigeno, CPAP´s, camas hospitalarias)

(h) Terapias físicas y de rehabilitación

(i) Enfermería

(j) Maternidad

(k) Tratamientos médicos (Trasplante de órganos, tratamientos contra el cáncer, diálisis)

(l) Prótesis

(m) Cuidados paliativos

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando el asegurado reciba atención médica con proveedores fuera de la red de proveedores médicos en convenio o no cumple con lo estipulado en la cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

2. PERÍODOS DE ESPERA

Esta **póliza** cuenta con **períodos de espera** a partir de la **fecha efectiva** de la **póliza** los cuales se indican las presentes Condiciones generales. Sin embargo, estos **períodos de espera** no aplican cuando se trate de **accidente, accidente grave o emergencia médica grave** que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con un **padecimiento preexistente**. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del **asegurado** está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el **médico** tratante y el consultor médico de **Bupa**.

PERÍODOS DE ESPERA	
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). **No aplica la reducción o eliminación de los períodos de espera.**	36 meses
Padecimientos de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas) padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.	24 meses
Hallux Valgus	24 meses
Tratamiento contra el cáncer.	12 meses
Trasplantes	12 meses
Tumores de cualquier tipo	12 meses
Insuficiencia renal	12 meses
Maternidad: embarazo, parto o cesárea, complicaciones derivadas y cobertura provisional del **recién nacido.**	10 meses
Periodo de espera general	30 días
NOTA: Para pólizas con vigencia antes del 1ro de julio 2026, la tabla de periodos de espera a aplicar es la que se encuentra publicada en el portal www.bupasalud.com.mx/individuos/para-asegurados/documentos-de-tu-poliza	

3. ELIMINACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS PERÍODOS DE ESPERA

Esta eliminación y/o reducción no aplicará para las coberturas de Maternidad, Hallux Valgus ni Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Bupa reducirá los **períodos de espera,** con base en la antigüedad generada por el **asegurado**, como período de aseguramiento previo e ininterrumpido, por la **póliza** o **pólizas** previas al inicio de esta contratación**, llegando a una posible eliminación de estos períodos,** solamente si:

(a) El **asegurado** tuvo cobertura continua e ininterrumpida bajo un seguro de gastos médicos dentro del territorio mexicano durante por lo menos 1 (un) año, y
(b) La **fecha efectiva** de la **póliza** se encuentra dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término de la cobertura anterior, y
(c) El **asegurado** ha informado sobre la cobertura anterior en la **solicitud** de seguro y presenta junto con la **solicitud** de seguro, la documentación que da soporte y prueba este aspecto, aceptándose en este caso como prueba documental la **póliza** y el (los) recibo(s) de pago de la prima que demuestra el aseguramiento continuo e interrumpido previo.

Cuando el asegurado titular y/o contratante solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.
No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

La reducción o eliminación de los períodos de espera no aplica en los beneficios que específicamente señalan que no procede esta reducción.

4. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Las enfermedades o padecimientos preexistentes que son o no son declaradas y conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, en el caso de prexistencias no declaradas Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del asegurado de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN

5.1 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano perteneciente a la red de proveedores médicos en convenio ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea por **emergencia** médica grave, **Bupa** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo considera. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** dentro de la red mencionada y de la misma especialidad. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, **Bupa** también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un **médico de la red de proveedores médicos en convenio** seleccionado por **Bupa**.

Bupa podrá requerir una segunda opinión quirúrgica si así lo considera necesario para determinar la procedencia de la solicitud, por lo cual los siguientes procedimientos de manera enunciativa y no limitativa requerirán de manera obligatoria la segunda opinión previa autorización:

(i) Prótesis de rodilla, cadera u hombro,
(ii) Inyección de agente intravítreo,
(iii) Cirugía de columna,
(iv) Reintervenciones en general,
(v) Aplicación de bótox para fines no cosmético en cualquier área,
(vi) Rinoseptumplastía,
(vii) Histerectomía,
(viii) Artroscopía de rodilla,
(ix) Funduplicaturas

En caso de que ambas opiniones médicas coincidan en que no existe necesidad de cirugía, no procederá la misma y Bupa no cubrirá los gastos.

No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

5.2 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Si el **asegurado** ha sido diagnosticado con alguna **enfermedad** grave, compleja o crónica, tendrá la opción de solicitar a **Bupa** una segunda opinión médica. Dicha segunda opinión será realizada por un **médico dentro de la red de proveedores**

médicos en convenio seleccionado por **Bupa**, que emitirá un informe que será compartido con el **asegurado**.

No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

Bupa podrá requerir una segunda opinión médica si así lo considera necesario para determinar la procedencia de la solicitud, por lo cual los siguientes procedimientos de manera enunciativa y no limitativa requerirán de manera obligatoria de una segunda opinión previa autorización:

(x) Prótesis de rodilla, cadera u hombro,
(xi) Inyección de agente intravítreo,
(xii) Cirugía de columna,
(xiii) Reintervenciones en general,
(xiv) Aplicación de bótox para fines no cosmético en cualquier área,
(xv) Rinoseptumplastía,
(xvi) Histerectomía,
(xvii) Artroscopía de rodilla,
(xviii) Funduplicaturas

6. BENEFICIOS CUBIERTOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**. Por favor consulte las presentes Condiciones generales para detalles sobre los **beneficios cubiertos** de su plan específico.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles** referidas se entenderán como Pesos Mexicanos.

Bupa pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente indicado en la carátula de la póliza.

A menos que se indique lo contrario, todos los **beneficios** están sujetos a **deducible**. El **coaseguro** se calcula después de aplicar el **deducible** correspondiente.

Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa a través la red de proveedores médicos en convenio.

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

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

Todos los beneficios y coberturas de la póliza deberán ser gestionados a través de la red de proveedores médicos en convenio y requerirán autorización previa cuando se indique en Condiciones Generales.

6.1 CONSULTA MÉDICA DE PRIMER CONTACTO

Para la prestación de los Servicios Médicos se observará lo siguiente:

Cualquier consulta de primer contacto en general se otorgará a través del médico de la red de proveedores médicos en convenio (médico general, familiar, pediatra, ginecólogo, geriatra y odontólogo) que elija el asegurado.

(a) General y Familiar: Edad abierta

(b) Pediatra: Tratándose de niños y niñas menores de 16 años

(c) Ginecólogo: Mujeres de 11 años en adelante

(d) Geriatra: Hombres y mujeres de 50 años en adelante

(e) Odontólogo: Solo aplicará en caso de accidente cubierto dentro de la póliza

La consulta de primer contacto será el conducto para canalizar a cada asegurado, cuando sea necesario, a los Servicios Médicos de laboratorio, gabinete, medicina de especialidad y hospitalización entre otros, así como a los médicos especialistas,

siempre y cuando las consultas y estudios de gabinete o laboratorio no sean ordenados con carácter preventivo, revisión de rutina y/o chequeo general.

El médico de primer contacto será el único que podrá generar pases para consultas con médicos especialistas dentro de la red de proveedores médicos en convenio. Cada pase será válido hasta por máximo 5 consultas por especialista. En caso de requerir más consultas, el asegurado deberá ir con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio para solicitar nuevamente un pase con médico especialista dentro de dicha red.

6.2 CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD

En caso de que el asegurado requiera consulta médica de especialidad, deberá presentarse con el médico especialista de la red de proveedores médicos en convenio, presentando el pase otorgado por el médico de primer contacto, e identificándose con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por Bupa (digital o impresa) que lo identifique como asegurado de Bupa.

Las consultas médicas de especialidad que se cubrirán dentro de la red de proveedores médicos en convenio serán las siguientes:

1. Oncología
2. Gastroenterología
3. Urología
4. Cardiología
5. Ortopedia y traumatología
6. Neurología
7. Otorrinolaringología
8. Neumología
9. Dermatología
10. Oftalmología
11. Endocrinología
12. Nefrología
13. Hematología
14. Proctología
15. Reumatología
16. Medicina interna
17. Cirugía general

La Compañía no está obligada a tener dentro de su red de prestadores de servicios a médicos que otorguen consulta médica ambulatoria de especialidades diferentes a las mencionadas anteriormente.

Sin embargo, si en el directorio médico se encuentra disponible un médico con una especialidad distinta a las mencionadas anteriormente, el asegurado podrá solicitar una consulta médica, **siempre y cuando cuente con previa autorización de Bupa y con un pase de referencia expedido por un médico de primer contacto de la Red.**Las atenciones con médicos de especialidades diferentes a las mencionadas anteriormente estarán disponibles únicamente para hospitalizaciones, cirugías o tratamientos de enfermedades de alta complejidad.

Cada pase otorgado por el médico de primer contacto será válido hasta por 5 consultas con médico especialista y tendrá una vigencia de 180 días naturales siempre y cuando la primer consulta con médico especialista se realice dentro de los primeros 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del pase.

En caso de requerir más consultas, el asegurado deberá ir con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio para solicitar nuevamente un pase con médico especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

La validez del pase para las 5 consultas de médico especialista tendrá una vigencia de 180 días naturales y 180 días naturales para interconsulta.

Para el punto 6.1 Consulta médica de primer contacto y 6.2 consulta médica de especialidad, aplica un límite máximo de 40 consultas anuales por asegurado durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones particulares:

- **Consultas derivadas de subespecialidades.**
- **Una vez que se cuente con el diagnóstico definitivo, si este no se encuentra cubierto por la póliza**, **las atenciones médicas subsecuentes no estarán cubiertas**.

- **Todo gasto procedente de la dermatitis atópica, en caso de ser diagnosticada en consulta médica de primer contacto y/o de especialidad.**

6.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE SOPORTE DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá a través de pago directo o reembolso y de acuerdo con el tabulador de estudios de laboratorio y gabinete publicado en bupasalud.com.mx dentro de la sección para asegurados, documentos de tu póliza, el costo de estudios de laboratorio y gabinete derivados de consultas con médicos de primer contacto y/o especialistas.

Algunos estudios de laboratorio y gabinete requieren autorización previa de acuerdo con lo especificado en la lista publicada dentro de bupasalud.com.mx dentro de la sección para asegurados, documentos de tu póliza.

Cada pase para estudios de laboratorio y gabinete tendrá una vigencia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de emisión.

Si por prescripción médica el Asegurado o sus dependientes requieren servicios radiológicos o análisis clínicos, deberán presentar el pase médico con los proveedores médicos en convenio, con identificación oficial vigente y tarjeta de identificación del asegurado.

En los estudios de alta complejidad, el médico tratante debe solicitar la autorización previa de Bupa para los estudios indicados en la lista que podrá consultar en bupasalud.com.mx

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.**
- **Exámenes de rutina.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.**

6.4 MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Se encuentran cubiertos los medicamentos prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista, siempre y cuando su indicación sea derivada del padecimiento, diagnóstico o cirugía cubiertos y se encuentren detallados en el cuadro básico de medicamentos estipulado por Bupa mismo que esta publicado en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx..
El asegurado podrá surtir los medicamentos únicamente en las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios, aplicando el copago especificado en la carátula de la póliza El listado de farmacias para medicamentos con copago diferente a cero y copago cero podrá ser consultado por el asegurado en el portal www.bupasalud.com.mx en la sección para asegurados, documentos de tu póliza.

Cada pase para farmacia otorgado por el médico de Consulta de primer contacto o especialidad cubierta, perteneciente a la red de BUPA, tendrá una vigencia de 7 (siete) días naturales a partir de la fecha de emisión

El monto por concepto de Copago diferente a cero no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados ni tampoco será reembolsable.

La cobertura de medicamentos sujeta a aplicación de copago **únicamente procederá para aquellos medicamentos que cumplan con los siguientes criterios:**

a. Hayan sido **prescritos como resultado de una consulta médica de primer contacto y consulta médica de especialidad,** cubiertas por la póliza.
b. Sean **adquiridos mediante pase emitido por médico de primer contacto y especialidad cubierta dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como en farmacias pertenecientes a la red autorizada por Bupa**.

En consecuencia, no será objeto de cobertura bajo este esquema los medicamentos que:

a. No deriven de atención en consulta médica de primer contacto o consulta médica de especialidad o,
b. Sean adquiridos fuera de la red de farmacias autorizadas.

Todo medicamento derivado de una hospitalización o urgencia médica será pagado vía reembolso.

Exclusiones particulares:

- **Se excluye cualquier medicamento que no se encuentre detallado en el cuadro básico de medicamentos estipulado por Bupa.**
- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista pertenecientes a la red de prestadores de servicios.**
- **No se cubren medicamentos homeopáticos.**
- **No se cubren medicamentos antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos, anorexigénicos (para la pérdida de peso).**
- **No se cubren medicamentos anticonceptivos, así como para los tratamientos contra la infertilidad, esterilidad y/o disfunción sexual.**
- **No se cubren latas de leche y/o fórmulas lácteas especiales.**

6.5 CIRUGÍA AMBULATORIA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un médico de primer contacto o **especialista** dentro de la red de proveedores médicos en convenio que cuente con su cédula de especialista y su certificación vigente emitida por el colegio de la especialidad.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

6.6 HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

Bupa pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como los gastos pre y post operatorios.

6.7 ENFERMEROS CALIFICADOS

Bupa cubrirá los gastos relacionados al cuidado de **enfermeros dentro de la red de proveedores médicos en convenio** legalmente autorizados para ejercer y calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y sea **médicamente necesario**.

Esta cobertura tiene un límite máximo de 30 (treinta) días.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

6.8 TERAPEUTAS COMPLEMENTARIOS

Bupa cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con osteópatas, acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos dentro de la red de proveedores médicos en convenio legalmente autorizados para ejercer con el objeto de restaurar la función física normal del **asegurado**.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

6.9 TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ORTÓPTICOS

Bupa cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos dentro de la red de proveedores médicos en convenio legalmente autorizados para ejercer.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

6.10 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos por el médico cirujano de la red durante la cirugía ambulatoria.

6.11 EQUIPO MÉDICO DURABLE

Bupa cubrirá los gastos derivados de la utilización de **equipo médico durable** y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrito por **médico de la red de proveedores médicos en convenio**
- Cumpla con la definición de **equipo médico durable**
- Sea autorizado previamente por **Bupa**

Bupa no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

7. HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

Para todas las cláusulas de este apartado es necesario que el médico tratante y el asegurado soliciten autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

7.1 ALOJAMIENTO EN EL **HOSPITAL** Y ALIMENTOS

Bupa pagará los gastos generados por la **hospitalización** del **asegurado en habitación privada o semiprivada,** siempre y cuando:

- Sea prescrito por **médico de la red de proveedores médicos en convenio**
- Exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital**
- El tratamiento sea proporcionado o administrado por un **especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio**
- La duración de su estadía sea médicamente justificada

Bupa no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo, suite VIP o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, Bupa pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara un tipo de habitación estándar.

7.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE **HOSPITALIZACIÓN**

Bupa cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentación para un acompañante dentro del hospital siempre y cuando el asegurado hospitalizado sea menor de 18 (dieciocho) años y se encuentre recibiendo **tratamiento** derivado de algún padecimiento cubierto.

7.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa cubrirá los gastos generados por:

- Sala de operaciones
- Sala de recuperación
- Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación
- Medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el **hospital**

En todos los casos, los gastos generados deberán estar médicamente justificados.

7.4 **CUIDADOS INTENSIVOS**

Bupa cubrirá los gastos de **tratamiento** en la unidad de **cuidados intensivos** cuando sea **médicamente necesario y prescrito por un médico de la red de proveedores médicos en convenio** o cuando sea una parte esencial del tratamiento.

7.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

Bupa pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando son **médicamente necesarios** durante la cirugía o **tratamiento** y dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Bupa cubrirá el costo de los honorarios de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando el asegurado reciba atención con proveedores fuera de red o no gestione el pago directo dentro de los proveedores médicos en convenio con Bupa, excepto en el caso de emergencia médica grave.

En caso de reembolso **por emergencia médica grave** y en caso de proceder, Bupa cubrirá conforme al tabulador vigente lo siguiente:

1. En una misma cirugía 2 o más procedimientos terapéuticos solo pagará el mayor o uno de ellos si son de igual monto.
2. Si el mismo cirujano hace dos intervenciones con dos incisiones distintas en otra parte del cuerpo del paciente se pagará 100% de la que tenga el valor más alto y 50% de la segunda.
3. En el caso de un 2° cirujano de especialidad distinta al primer cirujano, se le pagará el 100%.
4. Una segunda intervención dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas se considera como la misma cirugía, posterior a este lapso se considera un procedimiento nuevo.

En el caso de proceder el reembolso por **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de red debido a que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones presentadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

El reembolso aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos, el cual podrá ser consultado telefónicamente en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas **Condiciones Generales**.
Todas las consultas, tratamientos y servicios médicos postoperatorios deberán ser gestionados con la red de proveedores médicos en convenio.

7.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete siempre y cuando sea recomendado por un **médico** o **especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes autorizados por Bupa.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.**

7.7 FONOAUDIÓLOGOS

Bupa pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por **fonoaudiólogos** si se requiere como parte de su **tratamiento** hospitalario.

Lo anterior será procedente siempre y cuando estos **tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **enfermedad o padecimiento** principal se encuentre debidamente cubierto por esta **póliza**. Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **Bupa**.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psico educacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**
- **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, asesoría nutricional o cirugía y medicamentos.**

7.8 PRÓTESIS

Bupa podrá pagar la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del **tratamiento**. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.
Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza **(excepto lo expresamente excluido)** hasta el monto indicado en el certificado de cobertura por asegurado una vez descontado el deducible y coaseguro.

Compra o renta a decisión y programación de Bupa de auxiliares mecánicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos para territorio nacional.

Solo se cubrirá por una vez en la vida de la póliza hasta la suma asegurada establecida en las presentes Condiciones generales.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente.**
- **Aparatos robóticos, con servomecanismos y/o biotecnológicos.**
- **Prótesis del oído.**
- **Mantenimiento de prótesis.**

7.9 IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

Bupa cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y aparatos:

Implantes prostéticos:

- Para reemplazar articulación o ligamento
- Para reemplazar válvula cardiaca
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial
- Para reemplazar un músculo del esfínter
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro

Aparatos (ejemplos):

- Una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado.
- Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una **operación quirúrgica** de columna vertebral.
- Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza cuello.
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa).
- Stent

Para prótesis incluidas, prótesis robóticas y aparatos electromecánicos, la suma asegurada será de $200,000 (doscientos mil pesos 00/100 M.N.).

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares

- **Implante coclear**
- **Lente intraocular multifocal**
- **Anillos intraestromales o intracorneales**

7.10 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** para restaurar la apariencia física del **asegurado** después de un **accidente**, **padecimiento**, **lesión** o cirugía. **Bupa** podrá pagar por la cirugía cuando el **padecimiento** original, **lesión** o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. El **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**.

En caso de labio leporino y defectos palatinos, Bupa cubrirá el padecimiento exclusivamente en procedimientos quirúrgicos y tratamientos en términos funcionales.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia y/o que sea considerada cosmética tanto si se requiere, o no, por razones médicas o psicológicas.**

Nota: Si el **médico** del **asegurado** recomienda **tratamiento** cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el **asegurado** deberá comunicarse con **Bupa** para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de **Bupa**. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en las presentes condiciones generales.

- **Cirugía cosmética o estética**
- **Implantes y expansores Tisulares excepto aquellos que sean necesarios para reparar el daño provocado por el tratamiento de un padecimiento cubierto.**

8. TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

Bupa cubrirá los gastos generados por el **tratamiento** dental **médicamente necesario** para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas cuando se cumpla con lo siguiente: ***i)*** se deriven de lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un **accidente** que haya sido notificado en tiempo y forma y cubierto dentro del período de duración de tratamiento especificado en las presentes Condiciones generales y, ***ii)*** el primer gasto que se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al **accidente**.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.**
- **Se excluyen piezas, restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio o de osmio.**

9. REHABILITACIÓN Y/O CUIDADOS PALIATIVOS

9.1 ENFERMERÍA EN CASA

Bupa cubrirá los gastos que erogue el **asegurado titular** y/o **contratante** después de **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- Sea recetado por el proveedor **médico en convenio facultado para ello**
- Comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del **hospital**
- Se reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el **hospital**
- Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a) calificado(a) dentro de la red de proveedores médicos en convenio** en casa del **asegurado,** y
- Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos tales como administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y **sea médicamente necesario** (no incluye **cuidados asistenciales**).
- **Se cubrirán máximo 30 (treinta) días siempre que sea medicamente necesario.**

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.**

9.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Se entenderá como cuidados paliativos aquellos que se otorgan a **pacientes** que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, **Bupa** pagará servicios de centros para **pacientes** terminales y cuidados paliativos o en el domicilio del **asegurado** o el que se señale siempre y cuando cumpla con los requisitos mínimos para ello. Lo anterior procederá si el **asegurado** recibe un diagnóstico de **enfermedad** terminal y si el **asegurado** ya no

puede recibir **tratamiento** que conduzca a su recuperación:

- Alojamiento en centro para **pacientes** terminales o habilitación de domicilio designado
- Cuidados de **enfermero(a)**
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados físicos, psicológicos y sociales.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

9.3 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

Bupa pagará por la **rehabilitación multidisciplinaria** y fisioterapia incluyendo rehabilitación neurológica en régimen de **hospitalización** o como **tratamiento ambulatorio**, así como los gastos de habitación, alimentos y una combinación de **terapias** físicas como resultado de una condición que requiera dicho **tratamiento**.

Bupa solo cubrirá los gastos por **rehabilitación** y fisioterapia cuando:

- Haya recibido autorización previa al inicio del **tratamiento,**
- Sea considerada **médicamente necesaria,** como resultado de un **tratamiento h**ospitalario o ambulatorio cubierto bajo la **póliza** para tratar dicha condición,
- Inicie dentro de los 30 (treinta) días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la **rehabilitación multidisciplinaria.**
- El médico de primer contacto o especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio otorgará un pase de hasta 10 sesiones, para sesiones posteriores el **asegurado** deberá acudir nuevamente con el médico tratante para solicitar otro bloque de 10 (diez) sesiones hasta alcanzar 30 (treinta) sesiones. Vigencia del pase 180 (ciento ochenta) días naturales.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.**

10. COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

10.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

Bupa cubrirá las condiciones congénitas y hereditarias bajo esta **póliza** solamente para los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando deriven de una maternidad cubierta y ésta haya sido atendida por medio de la red de proveedores médicos en convenio.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

10.2 **TRATAMIENTO** CONTRA EL CÁNCER

Bupa cubrirá los gastos derivados de cualquier **tratamiento** de cáncer, una vez que sea diagnosticado **por un médico de la red de proveedores médicos en convenio**, y haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales**,** incluyendo **trasplante** de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el **tratamiento** contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) EMA (Agencia Europea de medicamentos)**

y la NCCN (National Comprehensive Cancer Network). o la autoridad de salud competente.

- **Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada.**

Nota: Bupa no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

10.3 COBERTURA DE **TRASPLANTES**

Bupa cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante**, por diagnóstico y hasta la suma asegurada de la póliza, una vez transcurrido el período de espera establecido en las presentes Condiciones generales incluyendo consultas con **médicos** o **especialistas de la red de proveedores médicos en convenio** y **tratamiento** médico cuando el **asegurado** se encuentre internado en el **hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio** o como **paciente ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- Córnea
- Riñón
- Páncreas
- Hígado
- Corazón
- Pulmón
- Médula ósea (no relacionado con cáncer)

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para **trasplante** de médula ósea y **trasplantes** de células madre periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo beneficio de **tratamiento** de cáncer.

Bupa cubrirá los gastos del **donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **donante** está **asegurado** o no, de acuerdo con las presentes Condiciones generales, con una suma asegurada de $200,000 (doscientos mil pesos 00/100 M.N.) bajo el beneficio de trasplantes, incluyendo:

- La recolección del órgano ya sea de un **donante** vivo o muerto,
- Los gastos por compatibilidad de tejidos
- Los gastos de **hospital**/operación del **donante,** y
- Cualquier complicación del **donante,** hasta por un máximo de 30 (treinta) días de post operación únicamente

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante.**
- **La compra de un órgano donado de cualquier fuente o recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.**
- **Los trasplantes de médula ósea con fines experimentales no están cubiertos.**

10.4 DIÁLISIS RENAL

Bupa pagará la diálisis renal para **paciente** hospitalizado o **paciente ambulatorio**.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

10.5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Una vez haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales, **Bupa** cubrirá los gastos

derivados de la infección de VIH y SIDA hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período.

En caso de que la enfermedad sea detectada o inicie durante el período de espera no se cubrirán los gastos derivados de la misma durante la vida de la póliza.

El período de espera detallado en las presentes Condiciones generales para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

10.6 HALLUX VALGUS

Siempre y cuando no sea una enfermedad o padecimiento preexistente y una vez haya transcurrido el periodo de espera detallado en las presentes Condiciones generales, Bupa se obliga a cubrir los gastos médicos y hospitalarios del tratamiento necesario para corregir Hallux Valgus/Hallux Rigidus y sus complicaciones hasta la suma asegurada de la póliza que incluye, pero no se limita a: utilización de aparatos ortopédicos, sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante extracción de una parte del hueso del dedo o mediante la liberación y anclaje de tendones.

Se aplican el deducible y coaseguro establecidos en la carátula de la póliza.

El periodo de espera detallado en las presentes Condiciones generales para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

11. MATERNIDAD

11.1 MATERNIDAD

Bupa pagará solamente a la **asegurada titular,** cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del embarazo, **atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**. El **período de espera** detallado en las presentes Condiciones generales no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

La suma asegurada máxima para este beneficio será de $40,000 (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo. No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamiento para asistir en la reproducción, tales como:**
  - **Fertilización in-vitro (IVF)**
  - **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
  - **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
  - **Inseminación artificial (1A)**
  - **Medicamentos recetados para la fertilidad**
  - **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra) o gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**
- **Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo salvo que exista una amenaza a la salud de la madre, planeación familiar, tales como consultas con el doctor para discutir la posibilidad de embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Embarazo, parto y complicaciones de maternidad derivadas de tratamientos para asistir la reproducción.**
- **Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.**
- **Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.**

Esta cobertura únicamente aplica para Asegurada titular, Cónyuge o concubina del titular de la póliza.

Para disfrutar de este beneficio, la **asegurada dependiente** que no sea cónyuge o concubina deberá optar por una **póliza** independiente donde sea la **asegurada titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva **asegurada**.

En caso de cambio de plan es posible que este beneficio no se otorgue en el nuevo plan. Por favor consulte previamente las condiciones generales del plan a contratar.

A) PARTO NORMAL EN EL **HOSPITAL**

Bupa pagará solamente a la **asegurada titular,** cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del parto atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada.**

El **tratamiento** de parto incluye:

- Cargos de **hospitales,** honorarios de obstetras y parteras por parto natural**, siempre y cuando se encuentren dentro de la red de proveedores médicos en convenio.**
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas.
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el **recién nacido.**
- No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

En este tratamiento no aplica la eliminación de período de espera por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 “Cómo hacer uso de su póliza”.

B) CESÁREA

Bupa cubrirá a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por gastos de **hospital,** honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de la cesárea **atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada.**

No aplica **deducible** ni **coaseguro**.

En este tratamiento no aplica la eliminación de período de espera por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 “Cómo hacer uso de su póliza”.

C) TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

Una vez cubierto el periodo de espera de 10 (diez) meses de cobertura continua a partir del inicio de vigencia de la póliza, Bupa cubrirá bajo el beneficio de maternidad a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto con la red de proveedores médicos en convenio hasta el límite establecido en las presentes Condiciones generales.

No aplica **deducible** ni **coaseguro**.

No aplica eliminación de períodos de espera por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 “Cómo hacer uso de su póliza”.

11.2 **COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO**

Bupa cubrirá bajo el beneficio general de la póliza a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada.**

Aplica **deducible** y **coaseguro contratados**.

Por **complicaciones de maternidad y parto** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto cubierto; por ejemplo, preeclampsia,

amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o **recién nacido**.

Si requiere **hospitalización** de **emergencia** médica grave como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto**, la **asegurada** deberá comunicarse con **Bupa** dentro de las 24 (veinticuatro) horas después de ser hospitalizada **y una vez que se encuentre médicamente estable podrá ser trasladada a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio.**

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza".

11.3 INCLUSIÓN DEL **RECIÉN NACIDO** EN LA **PÓLIZA**

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto. El **asegurado titular** deberá presentar dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **solicitud** de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al **recién nacido** en la **póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- El **recién nacido** no nace de un embarazo cubierto, o
- La notificación no es recibida durante los **30 (treinta)** días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta **póliza,** o
- El **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

Aun cuando el recién nacido sea incluido bajo esta póliza, si nace de un embarazo no cubierto, quedarán excluidas las complicaciones de maternidad o complicaciones del recién nacido durante el parto, entendiéndose aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preeclampsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o del recién nacido.

11.4 COBERTURA PROVISIONAL DEL **RECIÉN NACIDO**

Si nace de un embarazo cubierto, el **recién nacido** tendrá cobertura provisional automática por cualquier **lesión** o **enfermedad** durante los primeros 30 (treinta) días de vida después del parto, aplica **deducible** y **coaseguro contratado**. El cuidado para el **recién nacido** solamente está amparado cuando nace de un embarazo cubierto.

La suma asegurada para esta cobertura será un 2% del valor de la **suma asegurada** contratada.

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

Si dentro de los primeros 30 (treinta) días de vida, el recién nacido no es incluido en la presente **póliza**, cesará la cobertura provisional automática.

12. TRASLADOS

12.1 **AMBULANCIA AÉREA** LOCAL

Bupa cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local para transportar al **asegurado**:

- De la ubicación de un **accidente** al **hospital,** o
- Para el traslado de un **hospital** a otro.

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia aérea** sea:

- **Médicamente necesaria,**
- Utilizada para el traslado hacia el centro médico dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** más cercano donde el **asegurado** pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo,
- Relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital.**

Este beneficio es sin límite de eventos.

Una **ambulancia aérea** local podrá no estar disponible en los casos en que la situación local lo imposibilite, sea peligroso o que el acceso al área sea impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera o dentro de una zona de guerra. **Bupa no pagará por rescate en montañas**.

Es necesario autorización previa de Bupa y debe ser gestionado a través de la red de proveedores médicos en convenio.

Este beneficio tendrá un coaseguro fijo del 20% para cualquier opción de coaseguro contratado y no se aplicará para esta cobertura el tope de coaseguro. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada y sea gestionado con la red de proveedores médicos en convenio.

12.2 **AMBULANCIA TERRESTRE** LOCAL

Bupa cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia terrestre** local utilizada para transportar al **asegurado**:

- De la ubicación de un **accidente** al **hospital**
- Para el traslado de un **hospital** a otro, o
- De su casa al **hospital**

Este beneficio es sin límite de eventos.
Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia terrestre** local sea:

- **Médicamente necesaria,** y
- Relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital.**

Es necesario autorización previa de Bupa y debe ser gestionado a través de la red de proveedores médicos en convenio.

13. BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA

Sin menoscabo de la suma asegurada contratada que se detalla en la carátula de la póliza, se establecen $150,000,000 (Ciento cincuenta millones de pesos 00/100 M.N.) como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo **accidente, enfermedad o padecimiento** de acuerdo a las condiciones y términos señalados en este contrato de seguro, salvo las enfermedades o padecimientos a los que se les especifique una Suma Asegurada de por vida y así aparezca descrita en las presentes Condiciones generales.

III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

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

Para todas las exclusiones en esta sección, así como para cualquier exclusión y restricción que aparezca en las condiciones generales de la póliza de seguro, Bupa no proporciona cobertura o beneficios por enfermedades y/o padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la póliza o sus complicaciones.**
- **Enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y/o tratamientos excluidos.**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades y/o padecimientos y tratamientos excluidos.**
- **Estudios de carácter preventivo.**
- **En caso de que algún padecimiento presente sintomatología o sea diagnosticado durante el periodo de espera general o especifico, será considerado exclusión por todas las vigencias de la póliza.**

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.

1. SERVICIOS ATENDIDOS FUERA DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO
Gastos médicos no gestionados a través del proceso descrito en la cláusula 5 “Cómo hacer uso

de su póliza", dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa, excepto los casos descritos en las presentes Condiciones Generales.

2. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO
El tratamiento por cualquier lesión, enfermedad o padecimiento que resulte de participar en actividades y/o deportes de alto riesgo ya sea ocasional o amateur o por compensación o como profesional.

3. ADMISIÓN ELECTIVA
La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa y sea medicamente necesaria.

4. ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS
Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente.

5. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS
Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

6. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO
Cualquier cirugía electiva o cosmética, procedimientos, tratamientos, tecnologías, medicamentos, artículos y/o suministros que no son medicamente necesarios para el tratamiento de una lesión derivada de un accidente o enfermedad o padecimiento cubierto y que solo son proporcionados para mejorar, alterar, aumentar o manipular la calidad de una condición actual, la cual podrá incluir ojos, cabello, visión, tabique nasal, dientes, oído, tamaño físico, capacidad atlética, capacidad sexual y/o cualquier otro atributo mental o físico que no caiga dentro de estas categorías.

7. TERAPÍA COMPLEMENTARIA
Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital y que forme parte de una terapia complementaria, o de medicina alternativa o de medicina tradicional.

8. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO
Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

9. CIRUGIA ROBÓTICA
Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica.

10. CONFLICTO Y DESASTRE
Cualquier gasto o tratamiento por contaminación nuclear o química, guerra, huelga, revolución, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares si el asegurado:

- **Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,**
- **Participó activamente, o**
- **Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.**

11. CONTROL DE NATALIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Métodos anticonceptivos, esterilización masculina o femenina, reversión de esterilización, terminación del embarazo salvo que exista una amenaza a la salud de la madre y planeación familiar, tal como consultas del asegurado con su médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

12. CONSULTAS MÉDICAS DE PRIMER CONTACTO Y ESPECIALIDAD

Las consultas médicas de primer contacto y las consultas médicas de especialidad que excedan el límite máximo indicado en el apartado 6. Beneficios cubiertos, así como los gastos médicos que se pudieran derivar de estas.

13. CONSULTAS RELACIONADAS A TRASTORNOS MENTALES

No serán cubiertas las consultas psicológicas y/o psiquiátricas que no estén directamente relacionadas con un accidente o enfermedad cubierta.

14. CONSULTA NUTRICIONAL

No serán cubiertas las consultas nutricionales que no estén directamente relacionadas con un accidente o enfermedad cubierta.

15. CONSULTA ODONTOLÓGICA

No serán cubiertas las consultas odontológicas que no estén relacionadas directamente con un accidente o enfermedad cubierta.

16. COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EXCLUIDOS

Complicaciones que resulten de enfermedades y/o padecimientos y tratamientos excluidos dentro de las coberturas y/o preexistentes no cubiertos en esta póliza y en las pólizas anteriores.

17. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO

No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo están también excluidos.

18. DEPÓSITOS / PAGOS POR ADELANTADO

Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

19. DESÓRDENES DE SUEÑO

Tratamiento, medicamentos y estudios de laboratorio para insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios de sueño.

20. DISFUNCIONES SEXUALES

Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza,.

21. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

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

22. CONSULTAS Y TRATAMIENTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD:

- **Nutrición**
- **Psicología**
- **Psiquiatría**
- **Quinesiólogos**
- **Quiropráctico**
- **Especialistas en Rehabilitación relacionados a adicciones**

23. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES
Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

24. EXÁMENES GENÉTICOS
Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento, y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico. Bupa no pagará por exámenes utilizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

25. EXAMENES / TRATAMIENTO / CONSULTAS PREVENTIVAS
Cualquier examen de rutina que no sea parte del control recurrente de un padecimiento amparado, procedimiento, consulta o tratamiento preventivo incluyendo los que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad.
Exceptuando tamiz auditivo, cardiaco y metabólico neonatal.

26. EXÁMENES VISUALES / AUDITIVOS
Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, tratamiento láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK) y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en las presentes Condiciones Generales.

27. GASTOS DE REGISTRO / ADMINISTRACIÓN
No están cubiertos los gastos relacionados a las amenidades y/o artículos de uso personal que suelen ser otorgados al paciente al momento del ingreso al hospital (tales como pero no limitados a pasta dental, cepillo dental, shampoo, pantuflas, etc).

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

29. GASTOS POR DONACIÓN ELECTIVA DE ÓRGANOS
Cuando el Asegurado sea el donante no se cubrirá ningún gasto por estudios, tratamientos y/o complicaciones médicas o quirúrgicas que esta donación electiva pueda producir.

30. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS
Tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o padecimiento, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro.

(a) **Que no sea médicamente necesario, o**
(b) **Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o**
(c) **Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
(d) **Que está relacionado con el cuidado asistencial o**
(e) **Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de**

instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza, por condiciones generales, excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión, excepto que derive de un padecimiento cubierto y previamente autorizado por Bupa.

31. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO
Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado.

Enfermedades o tratamientos derivados de suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave.

32. LESIONES POR RIÑAS
Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o padecimientos, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el asegurado participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.

33. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA
Cuando el paciente sufre de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, Bupa se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. Bupa no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, Bupa puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del asegurado.

34. MATERNIDAD SUBROGADA
Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre subrogada o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

35. MEDICAMENTOS SIN RECETA
Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

36. MEDICINA HIPERBÁRICA
Medicina hiperbárica incluida cámara hiperbárica.

37. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES
Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente, recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.

38. PODOLOGÍA
Cuidado podiátrico para cualquier patología, incluidas las enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones. Se excluyen así mismo los zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.

39. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA O EN INSTALACIONES MÉDICAS SIN LA CERTIFICACIÓN REQUERIDA
Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico que no cuente con las acreditaciones legales correspondientes o tratamientos realizados en instalaciones médicas no reconocidas legalmente.

40. DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE FERTILIDAD
Cualquier estudio y/o tratamiento para diagnosticar y/o asistir o procurar la reproducción, de forma enunciativa más no limitativa:

- **Pruebas de fertilidad**
- **Fertilización in-vitro (IVF)**
- **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
- **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
- **Inseminación artificial (1A)**
- **Tratamiento de medicamentos recetados**
- **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)**
- **Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**

41. TERAPIAS GÉNICAS, TRATAMIENTOS GENÓMICOS Y/O GENÉTICOS
No se cubren los estudios y/o tratamientos de terapia génica ni cualquier tratamiento que modifique de alguna manera el genoma humano.

42. TRATAMIENTO DENTAL
Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto, o aquéllos que sin derivar de un accidente no están debidamente señalados bajo la cobertura dental especificada en las presentes Condiciones generales.

43. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD
Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos, asesoría nutricional o cirugía.

44. TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN
Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

En caso de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, Bupa se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

45. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS
Tratamientos en cualquier institución gubernamental cuando el asegurado es Asegurado de la misma o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración y/o aportaciones voluntarias.

46. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL
Bupa no pagará por tratamientos, estudios o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.
Bupa no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.
Bupa no pagará por ningún costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

47. TRATAMIENTOS MAXILARES

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

48. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO

Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, independientemente de la razón o padecimiento que haya dado origen a la receta médica.

49. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

La enfermedad mental o trastorno mental, así como tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Se excluyen así mismo los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, trastornos alimenticios, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.

50. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES

Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

51. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL

Tratamiento de lesiones y/o enfermedad o padecimiento que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

52. VACUNAS

Cualquier vacuna aplicada con la finalidad de generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad estimulando la producción de defensas.

IV. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE

Daño, trauma o **lesión** provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica y gasto, debe recibirse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, solo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

2. ACCIDENTE GRAVE

Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza que ponga en riesgo la vida del asegurado.

3. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO

Actividad física o deportiva que, por su naturaleza, implica una alta probabilidad de sufrir lesiones graves, discapacidades permanentes o incluso la muerte en relación con otras actividades físicas o deportivas, ya sea por factores ambientales, la velocidad, la altura, el uso de equipo especializado o la exposición a condiciones extremas. Algunos ejemplos de actividades y/o deportes incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5 (cinco), pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de 30 (treinta) metros, puentismo (bungee jumping), salto base, parapente, paracaidismo, alpinismo, caza deportiva, esqui, esquí extremo, esqui free style, esquí acuático, kayak extremo, box, artes marciales, lucha libre, lucha greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia, motonáutica, motocross, motociclismo, parkour, trineo de asfalto, ciclismo de montaña, surf, windsurf, kitesurf, snowboard, automovilismo y/o la participación en cualquier deporte extremo en todas sus modalidades y variantes.

4. AMBULANCIA AÉREA
Transporte aéreo de **emergencia** desde el **hospital** donde el **asegurado** está ingresado hasta el **hospital** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.

5. AMBULANCIA TERRESTRE
Unidad móvil especializada para el transporte de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

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

7. AÑO CALENDARIO
Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

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

9. ASEGURADO TITULAR
El **asegurado** nombrado por el **contratante** en la **solicitud** de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

10. ASEGURADO
La persona para quien se ha completado una **solicitud** de seguro, para quien se ha pagado la prima y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por **Bupa**. El término **asegurado** incluye al **asegurado titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.

11. BENEFICIOS CUBIERTOS
Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en las presentes Condiciones generales.

12. CAT
Centro de atención telefónica.

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

14. CIRUGÍA AMBULATORIA
Procedimiento quirúrgico de corta estancia menor a 24 (veinticuatro) horas. Se considerarán como tales las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas.

15. CIRUGÍA O TERAPIA COSMÉTICA
La cirugía o terapia cosmética se define como aquella que es realizada para mejorar o cambiar la apariencia por razones de autoestima o para tratar sintomatologías psicológicas o problemas psicosociales con la apariencia.

16. CIRUGÍA PROGRAMADA
Es una solicitud que realiza de manera anticipada el Asegurado a fin de que se autorice el Pago Directo de una intervención quirúrgica que amerite hospitalización; cuando la Aseguradora cuenta con la información requerida y se determina procedente, se podrá dar la autorización correspondiente.

17. COASEGURO
Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el **asegurado** debe pagar en adición al **deducible**. El **coaseguro** se calcula después de aplicar el **deducible** correspondiente.

18. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO
Patología o tratamiento de una situación adversa directamente imputable al embarazo o al alumbramiento. Se entenderá como complicaciones del Embarazo cualquiera de los siguientes supuestos, siendo enunciativos mas no limitativos:

- Aquellas que provocan alguna Enfermedad o descompensación en el estado de salud de la Madre Asegurada como consecuencia del embarazo.
- Aquellas que requieran Tratamiento médico subsecuente a la terminación del Embarazo Cubierto.
- Aquellas que provocan complicaciones en el recién nacido no relacionadas con Padecimientos Congénitos.

19. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO
Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste

durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

20. CONTRATANTE
La persona que firma la **solicitud** de seguro para obtener cobertura y que se obliga al pago de la prima.

21. CONTRATO
El presente **contrato** celebrado entre **Bupa** y el **asegurado**, bajo el cual **Bupa** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **asegurado** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.

22. CONSULTA MÉDICA
Es la atención brindada por un médico general, médico familiar o especialista, dependiendo del nivel de complejidad, incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se procura el restablecimiento de la salud del paciente, determinación de un diagnóstico y se limitan los factores de riesgo asociados al estado de enfermedad y que puede ser complementado con un tratamiento farmacológico a prescrito a criterio del médico.

23. CONSULTA MÉDICA DE RUTINA
Proceso de atención médica preventivo, efectuado por un profesional de la salud, en el cual se realizan una historia clínica detallada y una exploración física general del paciente y que se recomienda realizar anualmente.

24. COPAGO
Cantidad establecida en el certificado de cobertura que el Asegurado deberá pagar por cada consulta con médico de primer contacto, especialista o interconsulta, previamente elegido y que pertenezca a la red de proveedores médicos en convenio. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención médica.

25. CUIDADO ASISTENCIAL
Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un técnico **de la salud o asistente de enfermería**.

26. CUIDADOS INTENSIVOS
Los **cuidados intensivos** incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de terapia intensiva/unidad de **cuidados intensivos** (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad de Cuidado Coronario (UCC): una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

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

28. DEDUCIBLE
El **deducible** individual es la cantidad anual de los **beneficios cubiertos** que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El **deducible** familiar es la cantidad máxima por **póliza** por concepto de pago de **deducible** equivalente a la suma de dos **deducibles** individuales por **año póliza**.

29. DEPENDIENTE
Cualquier otra persona diferente del **asegurado titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en la **carátula** de la **póliza**.

30. DIAGNÓSTICO
Determinación médica acerca del asegurado con respecto a su salud, con base en sus síntomas, signos, evolución de una enfermedad o lesión y realización de exámenes o estudios médicos (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier examen o estudio medico aplicable), basado en la naturaleza del padecimiento.

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

32. EMERGENCIA MÉDICA GRAVE
Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad de uno o más órganos vitales del asegurado. Se consideran como órganos vitales: el cerebro, corazón, hígado, riñón, pulmones y bazo, si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

33. EMERGENCIA MÉDICA SENTIDA

Enfermedad o padecimiento en la que el asegurado presenta signos o síntomas que no presentan peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado.

34. EMBARAZO CUBIERTO

Embarazo que cumpla con el período de espera y no sea derivado de alguna exclusión particular de la cobertura de Maternidad.

35. 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.

36. ENFERMEDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

Enfermedades de curso crónico y de carácter prolongado o permanente, que presentan un alto riesgo para la vida del asegurado y cuyo tratamiento representa un alto costo económico y que requieran medicamentos de alta especialidad. Estas enfermedades requieren atenciones y/o procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

37. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

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

38. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:

1. Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
2. Que en un expediente o informe médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, y/o;
3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
4. 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.

39. ENFERMERO(A)

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

40. EPIDEMIA

La incidencia de más casos de lo esperado de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o la Secretaría de Salud Federal del Gobierno Mexicano, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la **epidemia**. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

41. EQUIPO MÉDICO DURABLE (DME)

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características:

(a) Ser ordenado por un **médico,**
(b) Ser resistente al uso prolongado,
(c) Ser usado para un propósito médico y
(d) Ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

42. ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo o **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.

43. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Un estado de pérdida de conciencia profundo sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle

por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

44. ESTUDIOS GENÓMICOS

Los estudios genómicos se definen como el análisis del ADN de un individuo para diagnosticar o tratar enfermedades, identificando variaciones genéticas que pueden influir en la respuesta a medicamentos.

45. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un **paciente**.

46. EXTRAPRIMA

Cantidad adicional de prima que el asegurado se obliga a pagar a La Compañía, por cubrir un Riesgo Agravado.

47. FECHA DE ANIVERSARIO

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

48. FECHA DE RENOVACIÓN

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

49. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

50. FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la **carátula** de la **póliza**.

51. GASTOS CUBIERTOS

Los cargos hospitalarios, honorarios profesionales, gastos por auxiliares diagnósticos y/o terapéuticos, tratamientos e insumos médicos derivados de padecimientos cubiertos bajo la póliza, previa aplicación del deducible y coaseguro contratados.

52. GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tal como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquiera otros tipos de gastos cubiertos bajo la póliza, el cual será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica y de acuerdo con los acuerdos que Bupa tiene con los hospitales y/o proveedores en convenio.

53. 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.

54. 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**.

55. INSUFICIENCIA DE RED MÉDICA

Se considera insuficiencia de Red Médica cuando no se cuente con la infraestructura y/o cobertura geográfica de proveedores médicos disponibles a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado.

No se considerará insuficiencia de Red médica en los siguientes casos:

1. Cuando la especialidad o necesidad requerida por el Asegurado no sea medicamente necesaria o justificada.
2. Cuando el Asegurado no acepte acudir con el proveedor médico señalado para recibir la atención médica.

56. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

57. LESIÓN DEPORTIVA

Se refiere a los tipos de lesiones que ocurren con mayor frecuencia durante los deportes o el ejercicio, como esguinces, torceduras, fracturas y /o rupturas por estrés. Este tema de salud se centra en los tipos de lesiones deportivas que afectan los músculos, los tendones, los ligamentos y los huesos.

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

59. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA
Los **tratamientos** para el **mantenimiento artificial** de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el **paciente** tiene una condición tratable, el **tratamiento** para el **mantenimiento artificial** de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el **tratamiento** para **mantenimiento artificial** de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de descontinuar el **tratamiento**, lo que produce la muerte.

60. 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 (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite);
(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.).

61. MEDICAMENTO
Sustancia o mezcla de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

62. MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIALIDAD
Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

63. MEDICAMENTOS POR RECETA
Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

64. MÉDICO O DOCTOR O PROFESIONAL MÉDICO
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.

65. MÉDICO DE PRIMER CONTACTO
Profesional médico que practica la medicina general, familiar, pediatría, geriatría, ginecología y/o odontología.

66. MÉDICO ESPECIALISTA
Profesional médico que cuenta 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.

67. MXN
Anotación oficial para referirse al peso mexicano, la moneda de curso legal en la República Mexicana.

68. NUTRICIONISTA
Profesionales que deben estar entrenados adecuadamente y legalmente calificados y permitidos para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.

69. OPERACIÓN QUIRÚRGICA
Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

70. PACIENTE INTERNADO
Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital**.

71. PADECIMIENTO CONGÉNITO
Enfermedad que está presente desde el nacimiento del bebé, puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del ("embrión/bebé/producto; o un término mas ad hoc). Estas enfermedades pueden ser anatómicas o estructurales y aparentes a simple vista o no como en el caso de alguna malformación interna, igualmente puede ser de tipo metabólicas que afecten al funcionamiento de algún órgano sin que se altere su estructura.

72. 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.

73. PAÍS DE RESIDENCIA
El país en el que el **asegurado titular** ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia fija, o en su defecto, su país de origen o el lugar que hubiese informado posteriormente a **Bupa** por escrito.

74. PAGO DIRECTO
Pago de los Gastos Médicos cubiertos por un Siniestro Amparado que Bupa realiza de manera directa a la red de proveedores médicos en convenio previamente elegidos por el propio Asegurado para su atención médica.

75. 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 período de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud.

76. PERÍODO AL DESCUBIERTO
Periodo en el cual el Asegurado no goza de beneficios del presente Contrato de Seguro el cual se genera por la falta de pago de primas.

77. PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO
Algunos **beneficios cubiertos** están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en las presentes Condiciones generales. Esto significa que el **asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos **beneficios cubiertos** que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente.

78. PERÍODO DE ESPERA GENERAL
Periodo establecido en las presentes Condiciones generales que debe ser completado antes de que el **asegurado** pueda presentar una reclamación.

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

80. PLAN
Se define por el deducible, coaseguro, suma asegurada, territorialidad, endosos y/o condiciones especiales contratadas.

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

82. PRIMA
Aportación económica que debe pagar el Contratante a Bupa en contraprestación por la cobertura de seguro.

83. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS
Es el servicio mediante el cual la Institución Aseguradora autoriza el Pago Directo de los Gastos Médicos Amparados de un Siniestro.

84. PRÓTESIS
Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

85. PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA
Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.ORG o www.ukctg.nihr.ac.uk).

86. PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA

Profesional que está legalmente calificado y que cuenta con licencia para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde el **paciente** esté recibiendo el **tratamiento**.

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

88. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA
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.

89. RED DE PROVEEDORES MÉDICOS O EN CONVENIO CON BUPA
Hospitales, médicos, laboratorios y farmacias con los que **Bupa** ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicha red de Proveedores Médicos en convenio, previamente con Bupa, podrán sufrir modificaciones en cualquier momento y sin previo aviso.

90. REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA
Tratamiento o una combinación de varios **tratamientos** de **terapias** como física, **ocupacional** y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

91. REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA
La rehabilitación neurológica tiene el objetivo de tratar a personas que han perdido capacidad motora, funcional y cerebral a consecuencia de traumatismos, alguna enfermedad o a trastornos del sistema nervioso.

92. RENOVACIÓN
Cada aniversario de la fecha en que el **asegurado** fue incluido al **Plan Bupa Nacional Vital.**

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

94. SINIESTRO
Término que define la ocurrencia del evento previsto en la Póliza de Seguro.

95. 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.

96. SOLICITUD DE SEGURO
Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus **dependientes**, 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**.

97. SUBESPECIALIDAD
Servicios médicos otorgados por profesionales con preparación superior a la especialidad médica, con conocimientos avanzados para la atención de patologías complejas, apoyados en infraestructura, equipamiento y tecnología de punta.

98. 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 vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, por **accidentes**, **enfermedades** o **padecimientos** cubiertos 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 diferentes **accidentes, enfermedades o padecimientos** 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 **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza**.

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

100. SERVICIOS MÉDICOS
Atención y tratamiento que brinda un profesional médico con el fin de diagnosticar un problema médico.

101. TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS
Valor máximo asociado a cada procedimiento médico o quirúrgico, determina el importe máximo que pagará Bupa al **médico de la red de proveedores médicos en convenio**, es descriptivo más no limitativo.

102. TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA
Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a**), como tomar la temperatura y la presión arterial del **paciente**. También ayudan al **paciente** a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para **pacientes** que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

103. TERAPIA COMPLEMENTARIA
Los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa”, utilizados indistintamente junto con “medicina tradicional”, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

104. TERAPIA OCUPACIONAL
El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previenen y mantienen la salud, favorecen la restauración de la función, suplen los déficits invalidantes y valoran los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

105. TERAPEUTA COMPLEMENTARIO
Profesional como un acupunturista u homeópata que esté legalmente calificado, y cuenta con licencia por parte de la autoridad competente para realizar su práctica.

106. TERAPEUTA DEL HABLA
Los profesionales deben estar debidamente entrenados y legalmente calificados para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o padecimientos** del habla y deben tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes.

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

108. TOPE DE COASEGURO
Monto máximo indicado en el certificado de cobertura que pagará el asegurado por concepto de coaseguro.

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

110. TRATAMIENTO
Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) 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.

111. TRATAMIENTO AMBULATORIO
Tratamiento suministrado en el **hospital**, consultorio, oficina del **médico o doctor**, o clínica para **pacientes** ambulatorios en donde el **asegurado** no se quede durante la noche o como un **paciente** durante el día para recibir el **tratamiento**.

112. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA
Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **signos o síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

113. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO
Tratamiento de una **enfermedad o padecimiento** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

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

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

116. VACUNAS
Preparación que se aplica a una persona con la finalidad de generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad estimulando la producción de defensas; compuesta de manera enunciativa por: toxoides, bacterias, virus vivos atenuados o muertos o con ingeniería genética u otras tecnologías, que se administran para el fin antes descrito.

117. ZONA GEOGRÁFICA DE COBERTURA
Área geográfica elegida en el momento de la contratación que determina el alcance de la cobertura.

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.

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)
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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros solo 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 solo podrá ser ejercida por el **contratante**, **asegurado** o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta 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 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los **contratos** que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los **contratos** que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un **contrato** en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados **contratos** para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. 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; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

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 y 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 aclarar 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.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º 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 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del **asegurado** o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran 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 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 ocurrido, 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.

Artículo 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 que trata el artículo 37 de la presente ley.

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 solo 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 cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, 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 o diferir 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 formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje 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, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la **suma asegurada** y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, 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 al procedimiento arbitral conforme a esta 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 podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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 cuatrocientos a mil doscientos días multa, 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.

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, 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 narcótico 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 para 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.

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.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 11 de junio del 2026, con el número CNSF- H0719-0073-2026/CONDUSEF-007275-01.

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
Gastos Médicos
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 ésta 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 y 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 aclarar 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.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º 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 demuestran 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 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 ocurrido, 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.

Artículo 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 o diferir 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, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de 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 cuatrocientos 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 para 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 l os 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.

Septuagésima Séptima. La Secretaría, después de escuchar la opinión de la Comisión, dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de manera enunciativa, la lista de cargos públicos que serán considerados como Personas Políticamente Expuestas nacionales y la pondrá a disposición de las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a través de su portal en la red mundial denominada Internet.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros elaborarán sus propias listas de personas que pudiesen ser considerados como Personas Políticamente Expuestas, tomando como base la lista a que hace referencia el párrafo anterior.

Asimismo, la Secretaría dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros las listas oficialmente reconocidas que emitan organismos internacionales o autoridades de otros países, de personas bloqueadas por estar vinculadas con el terrorismo o su financiamiento, o con otras actividades ilegales.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 11 de junio del 2026, con el número CNSF- H0719-0073-2026/CONDUSEF-007275-01.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Avenida Ejército Nacional número 843-B,
Edificio Corporativo Antara I, piso 9,
Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo,
Código Postal 11520. Ciudad de México.
Tel. 55 5202 1701
atencioncliente@bupa.com.mx
www.bupasalud.com.mx

MEX-CG-BNV-V26.01