CONDICIONES GENERALES BUPA CRITICAL CARE

BUPA MÉXICO

CONTENIDO:

1. Definiciones……..4
2. Definiciones de Diagnósticos Médicos...10
3. Tabla de Coberturas y Beneficios……...11
4. Exclusiones y/o Limitaciones……...16
5. Cláusulas Generales…….....19
6. ¿Cómo utilizar la póliza?.....24
7. Aviso de Privacidad……...28

1. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

1.8 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA
Sin menoscabo de la Suma Asegurada contratada que se detalla en la carátula de la Póliza, se establecen $200,000,000 (Doscientos millones de pesos 00/100 MXN) 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 con las condiciones y términos señalados en el 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 condiciones generales o en la Tabla de Beneficios.

1.9 CARÁTULA DE LA PÓLIZA
Documento que integra y 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.

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

1.11 COASEGURO
Es el porcentaje señalado en la carátula de la póliza que pagará el asegurado del total de los gastos de ciertos beneficios cubiertos por la póliza que el asegurado debe pagar en adición al deducible.
El coaseguro se calcula después de aplicar el deducible correspondiente.

1.12 CONDICIONES PREEXISTENTES
Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

(a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete. O

por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

(b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

(c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

1.13 CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)

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

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

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

1.14 CUIDADOS PALIATIVOS

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

1.15 CUIDADOS PERSONALES

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

1.16 CULPA GRAVE

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

1.17 DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL

Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa, súbita e imprevista.

1.18 DEDUCIBLE

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

1.19 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.

1.20 DEPENDIENTE

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

1.21 DONANTE

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

1.22 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.23 EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

1.24 ENDOSO

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

1.25 ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO

Una enfermedad o padecimiento anormal del organismo cuya única causa es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables, que ponga en peligro la vida del Asegurado y/o que cause un daño permanente a un órgano vital. La existencia de dicha enfermedad será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de Bupa, después de revisar las notas de evaluación inicial y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

1.26 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.

1.27 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Son aquellas enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las siguientes características:

(a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;

(b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;

(c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;

(d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

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

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

1.28 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

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

1.29 ENFERMERO(A)

Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

1.30 EPIDEMIA

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

1.31 EXPEDIENTE CLÍNICO

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

1.32 FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.

1.33 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.

1.34 FECHA DE VENCIMIENTO
La fecha en que la prima vence y debe pagarse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.44 LESIÓN
Daño causado al organismo por una causa externa.

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

1.46 MÉDICAMENTE NECESARIO
El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el

proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o

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

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

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

1.47 MÉDICAMENTOS RECETADOS

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

1.48 MÉDICO O DOCTOR

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

1.49 MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

1.50 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Enfermedad que está presente desde el nacimiento del bebé, puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del (“embrión/bebe/producto; o un término mas ad hoc). Éstas 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.

1.51 PAÍS DE RESIDENCIA

El país:

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

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

1.52 PANDEMIA

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

1.53 PERÍODO DE GRACIA

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

1.54 PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE

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

1.55 QUEJA

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

1.56 RECEPTOR

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

1.57 RECIÉN NACIDO

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

1.58 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.68 SUMA ASEGURADA POR PERSONA POR AÑO PÓLIZA
Monto en millones de dólares americanos por Asegurado, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.
La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos ocurridos durante el mismo año póliza.
Al concretarse la renovación de la póliza se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por Asegurado, por año póliza.

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

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

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

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

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

1.74 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.

1.75 VIGENCIA
Periodo de validez del Contrato.

2. DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

2.1 CÁNCER
Enfermedad caracterizada por la presencia de un tumor maligno y el crecimiento y proliferación de células malignas, capaces de transferencia celular y la invasión de otros órganos sin relación directa. La metástasis es una característica de todos los tumores malignos.

2.2 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
La operación de dos o más arterias coronarias, con el fin de corregir un estrechamiento u obstrucción por medio de la revascularización realizada después del comienzo de los síntomas de angina o infarto miocárdico.

2.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
Desorden que consiste en la súbita y violenta suspensión de las funciones fundamentales del cerebro, ya sea por isquemia o hemorragia.

2.4 QUIMIOTERAPIA
Tratamiento y control del cáncer con productos químicos, recetados por un médico.

2.5 INFARTO MIOCÁRDICO
La muerte del músculo cardíaco por falta de riego sanguíneo. El diagnóstico debe ser respaldado por cambios nuevos y pertinentes en el electrocardiograma y un aumento en los niveles de enzimas cardiacas.

2.6 ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
Enfermedades durante las cuales el sistema nervioso central y/o el sistema nervioso periférico son afectados por un proceso patológico que se origina y desarrolla dentro de las estructuras del sistema nervioso central y/o el sistema nervioso periférico. Esta póliza de seguro no considera como enfermedad neurológica, aquellas enfermedades o desórdenes que afecten de manera secundaria el sistema nervioso central o el sistema nervioso periférico, ni aquéllas causadas por condiciones o circunstancias no relacionadas con el sistema nervioso.

2.7 NEUROCIRUGÍA
Cualquier procedimiento quirúrgico del sistema nervioso central o periférico, incluyendo el cerebro, la médula espinal, nervios periféricos y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

2.8 RADIOTERAPIA
Tratamiento de las enfermedades mediante radiación, para detener la proliferación de células malignas.

2.9 INSUFICIENCIA RENAL
Fase terminal de la enfermedad crónica de los riñones, que significa la pérdida total e irreversible de la función renal. Esta condición requiere de diálisis o un trasplante de riñón.

2.10 TRAUMA SEVERO (POLITRAUMATISMO)
Trauma severo de varios órganos y tejidos del cuerpo humano, como consecuencia de una acción física externa, que incapacita al paciente de manera temporal o permanente, e inclusive puede causarle la muerte.

2.11 QUEMADURAS SEVERAS
Descomposición de los tejidos producida por un agente físico o químico. Esta póliza solamente considera como quemaduras severas aquéllas que se clasifican como quemaduras de tercer grado.

2.12 SEPTICEMIA (AFECCIONES INFECCIOSAS SEVERAS)
Afección producida por la proliferación de bacterias y sus toxinas en la sangre. Se manifiesta con un mínimo de cuatro de las siguientes condiciones: cultivo sanguíneo positivo, temperatura rectal de más de 38.5°C (101.3°F), anemia, leucocitosis (>12,000) o leucopenia (<4,000), trombocitopenia (<140,000), desórdenes de coagulación, y acidosis metabólica. La condición debe ser suficientemente severa para garantizar el cuidado especial en una Unidad de Paso hacia Abajo o Unidad de Cuidados Intensivos.

2.13 ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA TRANSLUMINAL
Dilatación de un vaso sanguíneo mediante un catéter dirigido a través de la piel hasta el área de estrechamiento, donde al inflar un globo se aplasta la placa contra las paredes de la arteria.

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

3. TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. Únicamente el tratamiento, servicio o suministro médico proporcionado en la República Mexicana, Latinoamérica, el Caribe y los Estados Unidos de América estará cubierto. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.
La póliza Bupa Critical Care proporciona cobertura únicamente dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Critical Care. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Critical Care, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.
Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los beneficios cubiertos y deducibles se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de América.

3.1 NOTIFICACIÓN A BUPA
Se recomienda que el asegurado notifique a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios Cubiertos y la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Global Select Health Plan.
La eliminación de deducible por accidente, procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.
Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	**US$1 millón**
Esta póliza únicamente paga beneficios para las siguientes condiciones y tratamientos médicos	**Cobertura**
Enfermedades neurológicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares	US$150,000
Cirugía cardiaca y angioplastia	US$150,000
Tratamiento del cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia y cirugía reconstructiva	US$200,000
Trauma severo (politraumatismo) incluyendo rehabilitación	US$150,000
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	US$100,000
Quemaduras severas, incluyendo cirugía reconstructiva	US$300,000
Septicemia (desórdenes infecciosos severos)	US$150,000
Trasplante de órganos (por diagnóstico, de por vida): • Corazón • Corazón/pulmón • Pulmón • Páncreas • Páncreas/riñón	 US$300,000 US$300,000 US$250,000 US$250,000 US$300,000

• Riñón • Hígado • Médula ósea	US$200,000 US$200,000 US$250,000

Los siguientes beneficios están sujetos a los límites de cobertura indicados arriba:	
Beneficios para hospitalización (hasta un máximo de 240 días)	**Cobertura**
Habitación estándar y alimentación del Asegurado	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios de cirujano y anestesista	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos recetados durante la hospitalización	100%

Beneficios para tratamiento ambulatorio	**Cobertura**
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta (después de una hospitalización o cirugía ambulatoria)	100% (por un máximo de 6 meses)
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada después de las primeras 20 terapias)	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	100%

Otros beneficios	**Cobertura**
Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)	US$25,000
Ambulancia terrestre	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia/cuidados paliativos	100%

Notas sobre los beneficios
Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital debe realizarse en los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Critical Care, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.
Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de los Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones de este documento. La Tabla de Coberturas y Beneficios solamente es un resumen de la cobertura.
Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.
Los Asegurados deberán notificar a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica antes de comenzar cualquier tratamiento.
Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable.

3.2 HONORARIOS DEL ANESTESISTA

La cobertura de los honorarios del anestesista debe ser aprobada con anticipación por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica y está limitada a la cantidad que resulte menor de:

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

3.3 HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

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

(a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
(b) Veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento, o

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

3.4 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO CON BUPA

El Asegurado podrá recibir la atención médica requerida con los hospitales y/o proveedores con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué hospital y/o proveedor en convenio quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza, excepto para emergencias.

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

3.5 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Las condiciones y complicaciones que resulten como consecuencia de condiciones congénitas y/o hereditarias de cualquiera de las enfermedades que se indican en la Tabla de Coberturas y Beneficios solamente estarán cubiertas hasta un máximo del diez por ciento (10%) de los gastos cubiertos indicados en dicha tabla para la enfermedad de que se trate, y están sujetos a los términos y condiciones de la póliza, incluyendo el deducible.

3.6 DEDUCIBLE

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

(a) Un deducible por asegurado, por año póliza, el cual deberá cubrir el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada.
(b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza familiar, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ha sido satisfecho y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia deberá ser cubierto por el Asegurado, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el Asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.
(c) Los gastos incurridos por el asegurado durante los últimos 3 (tres) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. La fecha que será tomada en cuanta para identificar los gastos incurridos será la fecha de prestación de los servicios descritos dentro de la factura, independientemente de que la factura tenga una fecha posterior. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos incurridos aplicables al deducible durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.
(d) En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica haya ocurrido dentro de los ocho (8) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.

3.7 COASEGURO

El Asegurado Titular es responsable por un porcentaje de los gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparados por la póliza, después de aplicar el deducible pactado. Dicho coaseguro tendrá un límite máximo por asegurado y año póliza, así como un límite por familia por año póliza. El coaseguro aplicable para la presente póliza será del cero por ciento (0%) de los gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparados.

3.8 DIAGNÓSTICO

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

3.9 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

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

3.10 TRASLADO DE EMERGENCIA

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

Transporte por ambulancia aérea:

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

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

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

3.11 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

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

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

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

3.12 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, beneficios las 20 (veinte) primeras sesiones relacionadas con el diagnóstico sin necesitad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos expedidas por las autoridades competentes, las subsecuentes siempre y cuando sean aprobadas con anticipación por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

3.13 ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL

La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o lesión específica o por cualquier tratamiento relacionado a dicha enfermedad o lesión es de doscientos cuarenta (240) días durante los trescientos sesenta y cinco (365) días después de la primera admisión.

3.14 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Para que el recién nacido esté cubierto bajo los términos de esta póliza, deberá ser añadido a la misma como dependiente. Se deberá recibir una solicitud de seguro durante los primeros treinta y un (31) días después del parto. Si la solicitud de seguro se recibe después del plazo de treinta y un (31) días, ésta estará sujeta a evaluación de riesgo.

3.15 SERVICIOS AMBULATORIOS

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

3.16 MEDICAMENTOS RECETADOS

Los medicamentos por receta solamente para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo la póliza si fueron recetados por primera vez durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria y por un período máximo de seis (6) meses continuos. En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

3.17 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE LA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

3.18 TRATAMIENTOS ESPECIALES

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

3.19 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece únicamente dentro de hospitales y/o proveedores en convenio para procedimientos de trasplante. No se proporcionará cobertura fuera de hospitales y/o proveedores con los que Bupa tiene celebrado convenio. Solamente se proporciona cobertura para trasplantes médicamente necesarios de los siguientes órganos o tejidos, o una combinación de los mismos, como se indica en la Tabla de Beneficios:

- Corazón
- Corazón/pulmón
- Pulmón
- Páncreas
- Páncreas/riñón
- Riñón
- Hígado
- Médula ósea

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

Este beneficio incluye:

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

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

(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.

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

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

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

3.20 PERÍODO DE ESPERA

Todos los Asegurados tienen derecho a los beneficios proporcionados bajo esta póliza una vez que los siguientes períodos de espera se hayan cumplido, los cuales comenzarán el día cuando la póliza entra en efecto, o para los nuevos Asegurados, en la fecha en que hayan sido adicionados a la póliza:

(a) Solamente se cubrirán las lesiones causadas por un accidente que habiendo causado una lesión demostrable ocurra durante los primeros sesenta (60) días después de la fecha en que la póliza se hace efectiva o de la adición de un nuevo Asegurado.
(b) Las enfermedades conocidas o diagnosticadas después de los primeros sesenta (60) días de cobertura a partir de la fecha en que la póliza se hace efectiva o de la adición de un nuevo Asegurado, se cubrirán a partir de la fecha de diagnóstico.

(c) Las enfermedades cubiertas que sean diagnosticadas dentro de los primeros sesenta (60) días a partir de la fecha en que la póliza se hace efectiva o de la adición de un nuevo Asegurado, se cubrirán después de dos (2) años.
(d) Los desórdenes congénitos se cubrirán después de dos (2) años de la fecha en que la póliza se hace efectiva.

Los períodos de espera no aplican tratándose de accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y enfermedades de origen infeccioso, así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, en las que después de una evaluación médica se compruebe que la vida del Asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.
El período de espera tampoco operará cuando se trate de emergencia.

3.21 ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Bupa eliminará el período de espera general solamente si:
(a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
(c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro, y
(d) Bupa recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Esta eliminación del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.
Para efectos de este contrato, se entenderá por periodo de espera el lapso de tiempo contado en días naturales en el cual la póliza una vez iniciada su vigencia, no podrá brindar cobertura, salvo las excepciones señaladas en estas condiciones o sus endosos.

3.22 CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:
(a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
  i. Estarán cubiertas después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.
  ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. Esta condición es aplicable aún cuando, derivado de la evaluación médica, la póliza fue emitida con aprobación estándar.

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

4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

4.1 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no esté expresamente relacionado con alguno de los padecimientos o enfermedades indicados en la Tabla de Beneficios, o
(b) Que no sea médicamente necesario, o
(c) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio, o
(d) Que no sea autorizado o recetado por un médico, doctor o profesional de la medicina, o
(e) Que está relacionado con el cuidado personal, o
(f) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

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

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

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

4.4 Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.

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

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

4.7 Cualquier gasto relacionado con enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes a la contratación del seguro.

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

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

4.10 Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos, a menos que sean resultantes de una enfermedad o padecimiento cubierto. Tampoco estarán cubiertos los gastos incurridos por enfermedades mentales y/o desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier desorden del sueño.

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

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

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

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

4.15 Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el Asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o en la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o que sean derivados de riñas en las que el Asegurado haya sido el provocador.

4.16 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH.

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

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

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

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

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

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

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

4.24 Cáncer cervical in situ.

4.25 Cáncer en la piel, con excepción de melanoma.

4.26 Cualquier procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía, con excepción de angioplastia con balón o globo.

4.27 Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional.

4.28 Gastos relacionados con enfermedades degenerativas incluyendo pero no limitadas a enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), enfermedad de Huntington (EH), esclerosis múltiple (EM), hidrocefalia normotensiva (NPH), enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer (EA), demencia senil y enfermedad de Parkinson (EP).

4.29 El tratamiento de, o que surja como resultado de cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos.

5. CLÁUSULAS GENERALES

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

5.1 DERECHO DE TREINTA (30) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA

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

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

5.2 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD

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

5.3 ELEGIBILIDAD

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

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

La cobertura está disponible para los dependientes del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los 23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

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

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

5.4 AUTORIDAD

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

5.5 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

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

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

(b) El periodo de espera para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan.

(c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(d) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

(e) No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

Cuando el Asegurado modifique su plan durante su vigencia o al aniversario para incrementar beneficios que se encuentran limitados a una suma definida en su plan previo, durante los primeros noventa (60) días del cambio se mantendrá el beneficio contratado originalmente a fin de garantizar que el cambio no tiene la intención de cubrir un evento ya conocido y que por lo tanto su incremento de beneficio tomaría un carácter inequitativo en la condición de

fortuito y no conocido que rige a la mutualidad que participa en estos planes. Superados los noventa (60) días, se activarán las sumas específicas del plan actual.
Esta consideración no aplica si es Bupa la que incrementa los beneficios como parte de la actualización anual que el plan ofrece y que a ese Asegurado corresponderá de forma general.

5.6 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado Titular debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio de su país de residencia tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados facultará a Bupa a considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.
Si un Asegurado permanece en EE.UU. o en cualquier país del extranjero en forma continua por más de ciento ochenta (180) días durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco días (365), sin importar el tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier enfermedad o padecimiento será proporcionada a través de los hospitales y/o proveedores en convenio hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, fecha en la cual la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

5.7 CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

La póliza podrá ser cancelada o no renovada a petición del Contratante mediante aviso dado por escrito a Bupa, o bien solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del Contratante se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.
La cancelación o no renovación de la póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado Titular le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.
En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derecho de póliza, ni costo de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.
La devolución de primas que en su caso proceda se realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de terminación del contrato, mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica.
Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Titular dirigido a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.
El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa.
La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos ocho (8), nueve (9), diez (10) y cuarenta y siente (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo setenta (70) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
Con la terminación del seguro terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro estarán cubiertas durante un plazo de treinta (30) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia del seguro.
El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.
Ningún Asegurado será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

5.8 COBERTURA GEOGRÁFICA

Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.
El Asegurado Titular y/o Contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia, tanto suyo como de cualquier dependiente incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana.

5.9 COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa

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

5.10 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

5.11 PRUEBA DEL CONTRATO

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

5.12 PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza, Bupa eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por un (1) año contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de ésta a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza.

5.13 RENOVACIÓN GARANTIZADA

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

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

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

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al mismo plan, si el Asegurado no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, de acuerdo a la descripción que del tema se hace en las cláusulas “Deducible” y “Cambio de Producto o Plan”.

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

5.14 REHABILITACIÓN

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

(a) El contratante o Asegurado Titular lo soliciten por escrito a Bupa.
(b) El (los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.

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

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

5.15 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario por su intervención en la celebración de este contrato. Bupa proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.16 MONEDA

Este seguro se contratará en moneda nacional. Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero se pagarán de acuerdo al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio correspondiente a dólares de los Estados Unidos de América que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la fecha en que se realicen los mismos. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron en la fecha de pago.

5.17 INTERÉS MORATORIO

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

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas: “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

5.18 OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR

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

5.19 PAGO DE RECLAMACIONES

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

5.20 PERIODO DE BENEFICIO

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

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

6. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

6.1 NOTIFICACIÓN A BUPA

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

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

La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea médicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales. Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa, USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

6.2 ¿CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO?

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

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

En Ciudad de México:	55 5202 1701
Correo electrónico:	atencioncliente@bupa.com.mx
Y las 24 horas del día, los 365 días del año:	
En México sin costo:	800 326 3339 800 227 3339
En los EE.UU.:	+1 305 275 1500
En los EE.UU. sin costo:	+1 800 726 1203
Fax:	+1 305 275 1518
Correo electrónico:	
Para tramitar pago directo (atención médica nacional):	dictamen@bupa.com.mx
Para reembolso (atención médica en México o en el extranjero):	siniestros@bupa.com.mx
Para notificación de accidentes en México:	dictamen@bupa.com.mx
Para notificación de accidente en el extranjero:	usamed@bupalatinamerica.com
Servicios en línea Sección “Mi Bupa”	www.bupasalud.com.mx
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com.mx

Nota: USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica son proveedores contratados por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que preste a los asegurados de Bupa no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro; así tampoco están facultados para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

6.3 SOLICITUD DE REEMBOLSO

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

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

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

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

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

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: 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.
En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.
Este plan de seguro denomina los beneficios cubiertos en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta póliza independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la suma asegurada considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por Bupa a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la suma asegurada considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.
En caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área geográfica en particular.
Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado.
En caso de que el asegurado titular y/o contratante fallezcan, Bupa pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del asegurado titular y/o contratante.
Para pago directo o reembolso, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de:

a) Aprobar un pago directo, o
b) Reembolsar al asegurado titular y/o contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

6.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Bupa cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos cincuenta y dos (52) cincuenta y tres (53) fracción I y cincuenta y cinco (55) de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.
"El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo." (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga
II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro." (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones." (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).
"En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas" (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
Las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).
En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.
Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo cuatrocientos noventa y dos (492) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos ciento treinta y nueve (139) a ciento treinta y nueve (139) Quinquies, ciento noventa y tres (193) a ciento noventa y nueve (199), cuatrocientos (400) y cuatrocientos (400) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los)Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el

Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. Bupa consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

6.5 QUEJAS

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)
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 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas
O bien, el asegurado titular y/o contratante podrá acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

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

6.6 COMITÉ DE APELACIONES

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar una revisión del caso por el “Comité de Apelaciones” de Bupa antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.
Esta petición debe incluir un escrito que contenga lo siguiente:
(a) Nombre completo del asegurado y/o contratante.
(b) Motivo de la queja o reclamación especificando las cuestiones sobre las cuales requiere pronunciamiento.
(c) Documentos soporte de la queja o reclamación.
(d) Lugar, fecha y firma del asegurado y/o contratante.
Dichas apelaciones deben ser enviadas al correo atencioncliente@bupa.com.mx . Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si es necesaria información y/o documentación adicional y en caso de ser necesario, realizará los trámites para obtenerla oportunamente.
Una vez validada la documentación, se asignará folio de seguimiento y dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles, el Comité de Apelaciones notificará al asegurado titular y/o contratante su resolución, el fundamento y el razonamiento en que se basó para esta dicha resolución. en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante.
Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el asegurado titular y/o contratante. Dicho recurso no tiene costo alguno para el asegurado titular y/o contratante.

6.7 ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.
El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.

6.8 EXÁMENES FÍSICOS

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

6.9 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo ochenta y uno (81) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo ochenta y dos (82) de la misma Ley.
La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo sesenta y ocho (68) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Bupa.
Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

6.10 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA

El contratante y/o el Asegurado Titular estarán obligados a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del Asegurado Titular o de cualquier otro Asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias en caso de que el Asegurado Titular y/o el contratante hayan omitido notificarle tales sucesos.
El Asegurado Titular también estará obligado a proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación por parte de Bupa, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a Bupa a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial.
Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc. que atienda o haya atendido al Asegurado por cualquier enfermedad o 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.

6.11 SUBROGACIÓN

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño; el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.
El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

6.12 ENTREGA DE INFORMACIÓN

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 o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;

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

(c) La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.

Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos que se envían al asegurado titular y/o contratante en formato impreso con el paquete inicial al contratar la póliza, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.
No obstante lo anterior, las condiciones generales aplicables a esta póliza estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del asegurado titular y/o contratante previamente a su contratación en la página de Internet www.bupasalud.com.mx. Queda expedito el derecho del asegurado titular y/o contratante para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto de seguro Bupa, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.

7 AVISO DE PRIVACIDAD

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

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 5202 1701 ext. 4417, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

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 20 de enero de 2023 con el número CNSF- S0065-0056-2023 / CONDUSEF 005679-01.

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-MM-V23.01