# Condiciones Generales

Plan Médica Total Plus

# Contenido

PRELIMINAR ..... 2
I. CLÁUSULAS GENERALES ..... 3
II. COBERTURAS BÁSICAS ..... 18
III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES ..... 34
IV. DEFINICIONES ..... 41
V. AVISO DE PRIVACIDAD ..... 51
VI. ANEXO DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ..... 51

# PRELIMINAR

**PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, CON OPERACIÓN DE COASEGURO ENTRE HDI SEGUROS, S.A. DE C.V., Y BUPA MÉXICO, COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.**

**HDI SEGUROS, S.A. DE C.V., y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.**

Como instituciones legalmente constituidas de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en lo que en lo sucesivo se denominarán "**La Compañía**", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución, aseguran y asumen los riesgos contratados y se obligan en los términos y condiciones de este contrato de seguro.

Para efectos informativos los domicilios de las aseguradoras participantes son:

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.:
Blvd. San Juan Bosco No. 5003, Col. Rancho Seco, León, Guanajuato. C.P. 37669.

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.:
Avenida Ejercito Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

**La Compañía** y el **Contratante** han convenido las coberturas y **Sumas Aseguradas** que aparecen como amparadas en la carátula de la **Póliza**.

Convienen expresamente **La Compañía** y el **Contratante** que las presentes Condiciones Generales, el recibo de pago, la solicitud de seguro y la carátula de la **Póliza**, así como sus **endosos**, en caso de que los hubiere rigen el Contrato de Seguro celebrado entre ellas y en todo lo no previsto, se aplicará la Ley sobre el Contrato de Seguro.

# I. CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRITAS

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

## 1. SU PÓLIZA

1.1 **La Compañía**, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** o el pago directo a los prestadores de servicios los gastos médicos en los que incurran los **Asegurados** durante la vigencia de esta **Póliza**, en el territorio de la República Mexicana, hasta la **Suma asegurada** indicada en la **Carátula de la Póliza** a consecuencia de **Enfermedades** y **Accidentes** amparados ocurridos al **Asegurado** o sus **Dependientes** incluidos en la **Póliza** y de acuerdo a las condiciones, **Tabla de Beneficios** y límites estipulados en este **contrato**. El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** están obligados a declarar en las **solicitudes**, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **contrato** y en el momento del ingreso de cualquier **Asegurado**. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por **La Compañía**.

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

Las definiciones incluidas en estas condiciones generales aplican para su Plan Médica Total Plus.

1.2 Forman parte de este **contrato** y constituyen prueba de su celebración: la **Póliza**, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, la **solicitud** del seguro, las declaraciones de salud, los **endosos**, **anexos** y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.

1.3 La **Póliza** solamente puede ser emitida a personas con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años cumplidos y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para **dependientes** elegibles.
No hay edad máxima de **renovación** para **Asegurados** ya cubiertos bajo la **Póliza**.

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

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

Los **dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **póliza** anterior con **La Compañía** 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 **periodo de cobertura** de la **póliza** bajo la cual estuvo protegido como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con **La Compañía** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

## 2. SU COBERTURA

2.1 **La Compañía** cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus .

2.2 El **deducible** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **carátula** de la **póliza, a menos que la Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus o las Condiciones Generales **indiquen lo contrario, en donde entonces será aplicable lo dispuesto por estas últimas**. Cualquier beneficio cubierto por esta **póliza** contempla la necesidad de participación del **deducible** y/o **coaseguro** por parte del **Asegurado**, salvo que se estipule lo contrario. El pago del **deducible** por parte del **Asegurado** aplicará como sigue:

(a) Un **deducible** por **Asegurado**, por **año póliza**, mismo que al ser parte del riesgo que asume el **Asegurado**, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **La Compañía** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **suma asegurada** contratada. Los gastos acumulables al **deducible** son aquellos cubiertos por su Plan Médica Total Plus, salvo que se indique lo contrario en la Tabla de Beneficios.

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

(c) En caso de **accidente**, se eliminará el **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**.

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 8 (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.

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.**

(d) Los siguientes beneficios de maternidad no están sujetos a **deducible**: la maternidad y parto, las **complicaciones de la maternidad y parto**, los **tratamientos** pre y post natal y, la cobertura provisional del **recién nacido,** conforme a Condiciones Generales.

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

2.3 El **coaseguro** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **carátula** de la **Póliza** y/o en la **Tabla de Beneficios.** Corresponde al porcentaje de los gastos aprobados que el **Asegurado** debe pagar después de aplicar el **deducible** correspondiente.

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

(b) No se aplicará el tope máximo cuando el **Asegurado** reciba asistencia fuera de la **zona geográfica de cobertura** contratada.
(c) Cuando el **Asegurado** decida recibir atención médica fuera de la **zona geográfica de cobertura** contratada, se aplicará un **coaseguro** adicional del 20% (veinte por ciento) sobre el **coaseguro** contratado, aun cuando se haya elegido la opción de **coaseguro** 0 (cero).
(d) Para determinadas coberturas se aplica un porcentaje fijo de **coaseguro**, tal y como se indica en la **carátula** de la **póliza**, aun cuando se haya contratado una **póliza** con **coaseguro** cero.
(e) En caso de un **accidente** amparado no se aplicará **coaseguro**.

2.4 En caso de solicitar reembolso por alguno de los tratamientos especificados en la cláusula 5.1 NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, el **Asegurado** será responsable por el 20% (veinte por ciento) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, posterior al pago del **deducible** y **coaseguro** correspondientes. Esta penalización podrá ser acumulable a otras penalizaciones establecidas en estas Condiciones Generales por lo que **La Compañía** pagará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** la cantidad menor que resulte entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y **La Compañía** si existiera y/o bajo los gastos usuales, acostumbrados y razonables para reembolso para esa área geográfica en particular menos el porcentaje señalado. 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, **La Compañía** pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del **Asegurado Titular** y/o **Contratante**.

En caso de que el **Asegurado** haya realizado la notificación necesaria y exista algún impedimento para que **La Compañía** coordine el pago directo para alguno de los tratamientos especificados en la cláusula 5.1 NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, no aplicará la penalización del 20% (veinte por ciento) indicada en esta cláusula.

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

Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa y expresa para recibir cualquier **beneficio cubierto** se encuentran disponibles en la cláusula “Cómo presentar una reclamación en caso de siniestro” de estas Condiciones Generales.

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

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

2.7 **Agravación del Riesgo**: **Las obligaciones de La Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de**

**conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos), 53 (cincuenta y tres) fracción I y 55 (cincuenta y cinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

**Las obligaciones de La Compañía 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 La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**

**En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que La Compañía 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.**

**La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.**

## 3. PAGO DE PRIMAS

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

3.2 El **Contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **La Compañía** ponga a disposición del **Contratante** antes de la **fecha de vencimiento**. El **Contratante** del seguro podrá elegir entre pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. El primer recibo y los subsecuentes aparecen señalados en su **póliza**, en caso de pagos fraccionados el derecho de póliza se incluye en el primer recibo.

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

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del **Contratante**. La prima debe ser pagada en la **fecha de vencimiento** o dentro del **periodo de gracia** de 30 (treinta) días de acuerdo con lo establecido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la **fecha de vencimiento (periodo de gracia)**, los efectos del **contrato** cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

3.3 El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada en el recibo de pago expedido por **La Compañía** o bien mediante cargo a tarjeta de crédito o débito. **La Compañía** no autoriza a los agentes de seguros que intervienen en la contratación del seguro a recibir efectivo o títulos de crédito al portador.

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

## 4. SUBROGACIÓN

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

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

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

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de **La Compañía** por subrogarse de conformidad con esta cláusula.

4.2 El pago de los beneficios de este **contrato** no se duplicará con los beneficios de ninguna otra **Póliza** de seguros para la cual un **Asegurado** pueda ser elegible, en caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no haya notificado a **La Compañía** de la existencia de otra **Póliza**. Por lo tanto, cuando **La Compañía** efectúe el pago o reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, **La Compañía** tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las **sumas aseguradas** respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la **suma asegurada** del **Asegurado**, siempre y cuando el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** haya otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

## 5. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

5.1 NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA El **Asegurado** deberá contactar a **La Compañía** a través de la administradora de servicios Bupa Servicios de Evaluación Médica de acuerdo con lo establecido en el punto 5.2, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico y/o **tratamiento**, ya sea dentro o fuera de los **hospitales** y/o proveedores en convenio con **La Compañía** para los siguientes padecimientos:

1. Tratamiento oncológico.
2. Hospitalización mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.
3. Cirugía.
4. Cirugía ambulatoria.
5. Compra de extremidades artificiales.
6. Deformidad de nariz y septo nasal por accidente.
7. Complicaciones del embarazo y perinatales.
8. Padecimientos congénitos.
9. Tratamientos para el VIH, SIDA Y ARC.
10. Cuidados médico en el hogar: home care .
11. Trasplante de órganos, médula ósea, células madre y otros procedimientos.
12. Ambulancia aérea.
13. Tratamientos y medicamentos altamente especializados (mayor a US$1,000 (mil doláres americanos)).
14. Cirugías que impliquen prótesis ortopédicas y/u ortesis.
15. Aparatos electrónicos electromecánicos y/o implantes.
16. Bombas de insulina y o dispositivos biónicos o biotecnológicos.
17. Hemodiálisis.
18. Cirugías que impliquen arrendamiento de equipos que NO suministrados por el hospital de atención.
19. Compra de insumos de venta en el extranjero y que se requiera su importación, solo cuando la autoridad local ya haya autorizado su uso.

**Si el Asegurado no notifica a La Compañía a través de Bupa Servicios de Evaluación Médica como se ha establecido previamente, será responsable por el veinte por ciento (20%) adicional de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, posterior al pago del deducible y coaseguro correspondiente. Esta penalización podrá ser acumulable a otras penalizaciones establecidas en estas Condiciones Generales.**

En caso de requerir **tratamiento** médico derivado de una de **emergencia** y/o **accidente** se deberá notificar dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes de ocurrida la **emergencia** y/o **accidente**.

Se aceptará la notificación de **accidente** realizada por el **Asegurado**, **Contratante**, agente o bróker, **familiar** u hospital (incluidos Módulos Hospitalarios).

Si un cirujano ha recomendado que el **Asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de **emergencia**, el **Asegurado** deberá notificar a **La Compañía** por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes del

procedimiento programado. Si **La Compañía** considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, esta debe ser realizada por un **médico** designado a costa de **La Compañía**. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, **La Compañía** también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un **médico** seleccionado por ella. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo con lo establecido en esta **Póliza**.

**Si el Asegurado no accede a la segunda opinión quirúrgica requerida será responsable por el veinte por ciento (20%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, además del deducible y coaseguro correspondientes.**

Cualquier notificación a **La Compañía** o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes Condiciones Generales.

5.2 Para solicitar una autorización, así como para informar de un siniestro cubierto por esta **póliza**, el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** pueden comunicarse con **La Compañía** a través de los siguientes canales:

**Teléfonos:**
Desde Ciudad de México: (55) 6826 9292 y (55) 5202 1701
Sin costo desde el interior de la República: 800 326 3339 / 800 227 3339

Notificaciones, **emergencias** y **accidentes**:
https://www.hdi.com.mx/personas/seguros-gastos-medicos-mayores
Por teléfono las 24 hrs. los 365 días del año o al correo: dictamen@bupa.com.mx

Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. o al correo: atencioncliente@bupa.com.mx

Se requiere el envío de la siguiente documentación en un formato legible para iniciar correctamente cualquier trámite de pago directo o reembolso:

- Formulario de reclamación debidamente completado y firmado tanto por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante,** así como por el **médico** tratante. Para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, mediante el formulario “solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores” debidamente llenado y firmado.
- Estudios de laboratorio, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.

Para reembolso es necesario enviar por medio del portal https://www.hdi.com.mx/personas/seguros-gastos-medicos-mayores, a traves de la App HDI Tu Compañía o por correo electrónico a la siguiente dirección: siniestros@bupa.com.mx e incluir los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación y formulario “solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores“ debidamente requisados y firmados.
- Facturas emitidas a nombre del **Asegurado Titular**, del **Contratante** o a nombre de Bupa México Compañía de Seguros, S.A. de C.V. indicando el nombre del **paciente** y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
- Comprobante de pago del servicio recibido.
- Identificación oficial del **Titular** de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente).
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del **Titular** de la cuenta, solo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del **Titular** de la cuenta.

**La Compañía** podrá solicitar información y documentación adicional durante el proceso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Nota: Bupa Servicios de Evaluación Médica es un proveedor especializado contratado por **La Compañía** para la coordinación de atención y administración de siniestros y, cualquier servicio que presten a los **Asegurados** de

**La Compañía** no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del Contrato de Seguro; así como tampoco están facultados para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de **La Compañía** la procedencia de pago o reembolso de siniestros. Tampoco podrán recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a **La Compañía** por conceptos diferentes a los señalados en este **contrato**.

5.3 CÓMO SOLICITAR LA INDEMNIZACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

La **Asegurada** deberá enviar al correo siniestros@bupa.com.mx en un formato legible la siguiente documentación:

1. Formulario de reclamación debidamente llenado y firmado tanto por la **Asegurada** como por el médico tratante.
2. Formulario de reembolso debidamente llenado y firmado por la **Asegurada**.
3. Ultrasonido que compruebe 34 (treinta y cuatro) semanas de gestación y que contenga los siguientes datos:
    a. Datos de la madre **Asegurada**.
    b. Semanas de gestación.
    c. Firma del médico especialista.
4. Identificación oficial y credencial que la acredite como **Asegurada**.

En caso de ser aprobado, el pago de dicha indemnización será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por la **Asegurada** en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

5.4 El objetivo de **La Compañía** 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 La **Compañía**, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (**beneficios cubiertos**) y que están siendo reclamados, mismos que serán pagados en moneda nacional.

.

Para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá presentar las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento, así como el formulario “solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores” debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados o entregados en el 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 solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores pueden obtenerse comunicándose con su agente a los teléfonos previstos en las presentes Condiciones Generales de Bupa Servicios de Evaluación Médica o en la página web hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores

Para reclamaciones de **dependientes** que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos **dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** confirmando que dichos **dependiente**s son solteros. **En caso contrario, La Compañía podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte. De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 (setenta) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado Titular y/o Contratante o su(s) Beneficiario(s) o su(s) representante(s), con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.**

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

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Avenida Ejercito Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9
colonia Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

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

5.5 Para el caso de reembolso, **La Compañía** pagará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el **deducible y posteriormente el coaseguro cuando corresponda**. En caso de tratarse de alguno de los padecimientos o tratamientos enlistados en la cláusula 5.1 NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, aplicará una participación adicional del 20% (veinte por ciento) de todos los gastos cubiertos por parte del **Asegurado**.

En cualquier caso, la forma de pago para el reembolso solicitado será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por el **Asegurado** en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

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

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

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

## 6. RENOVACIÓN

6.1 Conforme a las disposiciones aplicables, **La Compañía garantiza** la **Renovación** de su **Póliza**, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 30 (treinta) días hábiles antes del vencimiento de la **póliza**.

La **renovación** se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por lo que se respetarán las limitaciones de las coberturas inicialmente contratadas, seguirán los mismos periodos de espera y los límites de edad estipulados en la **Póliza** inmediata anterior, respetándose el derecho de antigüedad adquirido por el **Asegurado**. Asimismo, en la **Renovación** se seguirá otorgando el servicio originalmente contratado en términos de calidad, servicio y cobertura geográfica, de conformidad con los productos que estén registrados por **La Compañía** ante la citada Comisión en ese momento.

**La Compañía** informará por escrito o por medios electrónicos al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **Póliza**, los valores de la prima, **Deducible** o cualquier **Coaseguro** aplicable a la misma.

En cada **Renovación** se aplicará el **Deducible y Coaseguro** que correspondan al plan contratado, por lo que si el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no realiza alguna petición de cambio por dichos conceptos, se renovarán los **Deducibles** y **Coaseguro** en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el **Asegurado** cambie de residencia u ocupación, la **Renovación** de la **Póliza** quedará sujeta a la aprobación de **La Compañía.**

## 7. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de **primas**, el **Asegurado** titular y/o **Contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la **póliza** de acuerdo con las políticas de aceptación y rehabilitación vigentes de la **Compañía** y de que se cumpla con lo siguiente:

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

La **Compañía** comunicará por escrito al **Asegurado** titular y/o **Contratante** la aceptación y sus condiciones específicas en su caso, o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso la **Compañía** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. En caso de aprobar la solicitud de rehabilitación, la **Compañía** otorgará nuevamente una oferta de cobertura por escrito.

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

## 8. CAMBIOS A SU PÓLIZA

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

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

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

8.4 **La Compañía** podrá hacer modificaciones a la **póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **Asegurados** con el mismo producto de seguro, los cuales serán previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo anterior se le notificará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** por los medios de contacto proporcionados por el **Contratante** o **Asegurado Titular** en la **solicitud** o posteriormente en caso de actualización o cambio.

8.5 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 **periodo de espera** específico establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus.
(b) El **periodo de espera** para embarazo, parto y **complicaciones del embarazo y parto** siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. **Cuando los embarazos se hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y se realice cualquier cambio en el producto o en el plan, no estarán cubiertos los gastos de estos 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 6 (seis) meses siguientes a la **Fecha Efectiva** del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
(d) Los beneficios con **Sumas Aseguradas de por Vida** que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera agotado y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
(e) No obstante lo anterior, **La Compañía** podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **Deducibles, Zona Geográfica de cobertura**, o **Suma Asegurada**.

## 9. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá informar a **La Compañía** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que **La Compañía** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** notifique lo contrario.

## 10. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito o correo electrónico del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** a **La Compañía**.

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

10.3 La **póliza** podrá ser cancelada o no renovada a petición del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** mediante aviso dado por escrito a **La Compañía**, o bien, solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

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

En caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** decida dar por terminado el **contrato** después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la **póliza**, **La Compañía** devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la **póliza** sin incluir derechos de **póliza** ni Bupa Servicios de Evaluación Médica, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta.

El importe respectivo, le será devuelto al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** mediante cheque para abono en cuenta, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación la solicitud de terminación.

En caso de que la **póliza** haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito o correo electrónico del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** dirigido a **La Compañía** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

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

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos relacionados con este **contrato**.

Ningún **Asegurado Titular** y/o **Contratante** será independientemente penalizado con la cancelación de su **póliza** debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

10.4 Si el **Contratante, Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se deberá notificar a **La Compañía** dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento al correo electrónico y teléfonos especificados en la sección 5 de estas Condiciones Generales

Al fallecimiento del **Asegurado Titular** y/o **Contratante**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Contratante** o **Asegurado Titular**, según corresponde, e incluir sus propios **dependientes**.

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

Si un **dependiente** fallece, su cobertura terminará, y en caso de que no se haya presentado alguna reclamación o **solicitud** para recibir **beneficios cubiertos** a favor de dicho **dependiente**, **La Compañía** reembolsará la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** que se haya pagado dentro del periodo siguiente a la terminación de la cobertura.

10.5 **La Compañía** 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 periodo de vigencia de la **póliza** y hasta 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del **contrato**.

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

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

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

(b) Al expirar el **periodo de gracia** para el pago de la prima sin que esta hubiere sido pagada a **La Compañía**, o

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

(d) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** para terminar la cobertura para algún **dependiente**.

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

11.1 El objetivo de **La Compañía** bajo esta **póliza** es cubrir al **Asegurado** y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el **Asegurado** reciba los **beneficios cubiertos**. No es objetivo de **La Compañía** proveer los **beneficios cubiertos**.

11.2 Ningún agente de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** y **La Compañía** (las partes) y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**.

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

## 12. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

El **Asegurado** titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a **La Compañía** cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del **Asegurado** titular y/o **Contratante** y/o de cualquier dependiente.

El **Asegurado** y/o **Contratante** también estará obligado a:

(a) Proveer a La Compañía toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
(b) Presentar cualquier tipo de información, documentos o pruebas sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, ya que en caso de que realice declaraciones falsas en apoyo de una reclamación, esto se entenderá como una reclamación fraudulenta.
(c) Declarar toda la información necesaria para que La Compañía pueda identificar la posible negación del pago de un reclamo.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a **La Compañía** para:

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

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

## 13. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

13.1 Cuando se hace referencia al **Asegurado Titular** y/o **Contratante**, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a **dependientes**, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

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

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** tendrá la obligación de avisar a **La Compañía** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a **La Compañía**.

## 14. QUEJAS

Para consultas, aclaraciones y quejas relacionados con los productos y servicios:
Teléfono: 55 6826 9292
Correo electrónico: atencioncliente@bupa.com.mx
En caso de consulta o inconformidad con los servicios y productos contratados, el **Asegurado Titular y/o Contratante** podrá acudir a **la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa**, quién resolvera lo conducente otorgando respuesta formal.
**UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)**
Avenida Ejercito 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.
**COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)**
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: gob.mx/condusef

En caso de que **La Compañía** declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico.

**La Compañía** acepta que, si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

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

## 15. COMPETENCIA

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

15.2 En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza**, debido al lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

## 16. ENTREGA DE INFORMACIÓN

**La Compañía** 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 **La Compañía**, con la finalidad que se puedan identificar y consultar las Condiciones Generales correspondientes 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 hdi.com.mx/condiciones-generales/. Queda expedito el derecho del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** para

solicitar en cualquier momento a **La Compañía**, un ejemplar impreso de las Condiciones Generales del producto de seguro, recibos, carátula de **Póliza** y **endosos** que correspondan a su **Póliza**.

# II. COBERTURAS BÁSICAS

Aspectos importantes a considerar con respecto a los **beneficios cubiertos** por su Plan Médica Total Plus:

## 1. NOTIFICACIÓN A LA COMPAÑÍA

Se recomienda que el **Asegurado** notifique a **La Compañía** o al administrador de reclamos de la misma, Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas previas, en caso de recibir cualquier tratamiento médico programado o de emergencia que no se encuentre dentro de la lista de padecimientos obligatorios a notificar.

Los siguientes padecimientos requieren una notificación obligatoria por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cuidado y/o tratamiento médico:

1. Tratamiento oncológico.
2. Hospitalización mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.
3. Cirugía.
4. Cirugía ambulatoria.
5. Compra de extremidades artificiales.
6. Deformidad de nariz y septo nasal por accidente.
7. Complicaciones del embarazo y perinatales.
8. Padecimientos congénitos.
9. Tratamientos para el VIH, SIDA Y ARC.
10. Cuidados médico en el hogar: home care.
11. Trasplante de órganos, médula ósea, células madre y otros procedimientos.
12. Ambulancia aérea.
13. Tratamientos y medicamentos altamente especializados (mayor a US$1,000 (mil dólares americanos)).
14. Cirugías que impliquen prótesis ortopédicas y/u ortesis.
15. Aparatos electrónicos electromecánicos y/o implantes.
16. Bombas de insulina y o dispositivos biónicos o biotecnológicos.
17. Hemodiálisis.
18. Cirugías que impliquen arrendamiento de equipos que NO suministrados por el hospital de atención.
19. Compra de insumos de venta en el extranjero y/o que se requiera su importación, solo cuando la autoridad local ya haya autorizado su uso.

En caso de requerir **tratamiento** médico derivado de una de **emergencia** y/o **accidente** se deberá notificar dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes de ocurrida la emergencia y/o **accidente**.

Se aceptará la notificación de **accidente** realizada por el **Asegurado**, **Contratante**, agente o bróker, **familiar** u hospital (incluidos Módulos Hospitalarios).

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 lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

Para fines de claridad, cualquier notificación a **La Compañía** o a Bupa Servicios de Evaluación Médica, deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes Condiciones Generales.

## 2. PERIODOS DE ESPERA

Esta **póliza cuenta con periodos de espera** a partir de la **fecha efectiva** de la **póliza** los cuales se indican en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Total Plus**. Sin embargo, estos **periodos de espera** no aplican cuando se trate de **accidentes** que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con un **padecimiento preexistente**. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del **Asegurado** está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el **médico** tratante y el consultor médico de **La Compañía**.

## 3. ELIMINACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS PERIODOS DE ESPERA

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

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

(b) La **fecha efectiva** de la **póliza** se encuentra dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término de la cobertura anterior y,

(c) El **Asegurado** ha informado sobre la cobertura anterior en la **solicitud** de seguro y presenta junto con la **solicitud** de seguro, la documentación que da soporte y prueba este aspecto, aceptándose en este caso como prueba documental la **póliza** y el (los) recibo(s) de pago de la prima que demuestra el aseguramiento continuo e interrumpido previo.

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

**La reducción o eliminación de los periodos de espera no aplica en los beneficios que específicamente señalan que no procede esta reducción, tal y como se detalla en la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Total Plus.**

## 4. CONDICIONES PREEXISTENTES

Para efectos de esta **póliza**, las condiciones preexistentes se clasifican en 2 (dos) categorías:

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

i. Estarán cubiertas después de los **periodos de espera** especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Plan **Médica Total Plus cuando** el **Asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos** o **tratamiento** durante un periodo de 5 (cinco) 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 2 (dos) años de la **fecha efectiva** de la **póliza** cuando el **Asegurado** presente **síntomas, signos** o **tratamiento** en cualquier momento durante un periodo de 5 (cinco) años antes o después de la **fecha efectiva de la póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza.**

**(b) Las que no son declaradas y 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, La Compañía se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

# 5. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN

### 5.1 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA

**Si un médico ha recomendado al Asegurado que sea sometido a un tratamiento médico o procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia y esté mencionado en la cláusula I numeral 5, La Compañía podrá solicitar una segunda opinión médica en caso de considerarlo necesario con la finalidad de garantizar el tratamiento más adecuado para el Asegurado.**

**Dicha segunda opinión médica debe ser realizada por un médico seleccionado por La Compañía. En caso de que la segunda opinión médica contradiga o no confirme la necesidad del tratamiento médico o quirúrgico propuesto podrá solicitarse una tercera opinión médica. La Compañía cubrirá el costo de la segunda o tercera opinión médica del médico seleccionado por La Compañía.**

### 5.2 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EXPERTA

**Si el Asegurado ha sido diagnosticado con alguna enfermedad grave, compleja o crónica, tendrá la opción de solicitar a La Compañía una segunda opinión médica. Dicha segunda opinión será realizada por un médico seleccionado por La Compañía, quien emitirá un informe a La Compañía y esta lo compartirá con el Asegurado para que opte por la opción de su preferencia respecto al diagnóstico y tratamiento.**

**No aplica deducible ni coaseguro.**

# 6. BENEFICIOS CUBIERTOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **Asegurado**, por **año póliza**. Por favor consulte la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus para detalles sobre los **beneficios cubiertos** de su plan específico.

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

**La Compañía** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de haberse cubierto el **deducible.**

A menos que se indique lo contrario en la tabla de beneficios, todos los **beneficios** están sujetos al pago del **deducible**. El **coaseguro** se calcula después de aplicar el **deducible** correspondiente.

Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por **La Compañía** considerando el **gasto usual**, **acostumbrado y razonable**, que esta amparado en esta **póliza** de acuerdo con la su zona y lugar de cobertura.

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

Todos los **beneficios cubiertos**, contribuirán al **límite máximo** total anual de **suma asegurada** de la **póliza**. La **suma asegurada** correspondiente se encuentra en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus.

# 7. TRATAMIENTO AMBULATORIO

7.1 CIRUGÍA AMBULATORIA

**La Compañía** cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un **especialista** médico que cuente con su cédula de **especialista** y su certificación vigente emitida por el colegio de la especialidad.

7.2 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

**La Compañía** pagará los gastos derivados de **exámenes de diagnóstico**, estudios de laboratorio y/o gabinete cuando dichos estudios sean recomendados por un **especialista** médico para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un **tratamiento** médico:

- Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.
- **Exámenes de diagnóstico**, como electrocardiogramas (ECG).

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**

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

7.3 HONORARIOS MÉDICOS

**La Compañía** pagará los honorarios por concepto de consulta con **especialistas**, **médicos** o **doctores** como se indique en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus para:

- Proponer un **tratamiento.**
- Dar seguimiento al **tratamiento** recibido previamente.
- Recibir consultas o **tratamientos** pre y post hospitalarios.
- Prescribir medicamentos.
- Efectuar el diagnóstico relacionado con los **síntomas** manifestados.

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

- **Consultas con especialistas, médicos o doctores relacionadas con planificación familiar, como las consultas para discutir sobre un posible embarazo o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Consultas para recibir tratamiento para asistir en la reproducción, como:**
  - **Fertilización in-vitro (IVF).**
  - **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT).**
  - **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).**
  - **Inseminación artificial (1A).**
  - **Tratamiento de medicamentos recetados.**
  - **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra).**
  - **Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen.**
- **Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.**

7.4 ENFERMEROS CALIFICADOS

**La Compañía** cubrirá los gastos relacionados al cuidado de **enfermeros** legalmente autorizados para ejercer y calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y sea **médicamente necesario**.

7.5 TERAPEUTAS COMPLEMENTARIOS

**La Compañía** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con osteópatas, acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos legalmente autorizados para ejercer con el objeto de restaurar la función física normal del **Asegurado**.

7.6 TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ORTÓPTICOS

**La Compañía** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos legalmente autorizados para ejercer cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus.

7.7 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

**La Compañía** pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un **médico o doctor** de forma previa y que sean necesarios para tratar una **lesión, enfermedad o padecimiento** que no se encuentre excluido en estas Condiciones Generales.

7.8 EQUIPO MÉDICO DURABLE

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

- Sea prescrito por un **médico.**
- Cumpla con la definición de **equipo médico durable.**
- Sea pre-autorizado por **La Compañía.**

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

**Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados según el gasto usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido La Compañía**.

## 8. HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

8.1 ALOJAMIENTO EN EL **HOSPITAL** Y ALIMENTOS

**La Compañía** pagará los gastos generados por la **hospitalización** del **Asegurado**, siempre y cuando:

- Exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital.**
- El **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **especialista.**
- La duración de su estadía sea médicamente justificada.

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

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

**La Compañía** cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentos diarios para un acompañante siempre y cuando el **Asegurado** se encuentre recibiendo **tratamiento** cubierto.

8.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

**La Compañía** cubrirá los gastos generados por:

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

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

8.4 **CUIDADOS INTENSIVOS**

**La Compañía** cubrirá los gastos de **tratamiento** en la unidad de **cuidados intensivos** cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

8.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

**La Compañía** pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

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

**La Compañía** cubrirá el costo de las consultas médicas post-operatorias a partir del tercer día posterior a la intervención, quedando las consultas en los días anteriores incluidos dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:

- El 30% (treinta por ciento) de los **gastos usuales, acostumbrados y razonables** del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico o
- El 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico o
- Las tarifas especiales establecidas por **La Compañía** para un área.

Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:

- El 20% (veinte por ciento) de los **gastos usuales, acostumbrados y razonables** del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico o
- El 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico o
- Las tarifas establecidas por **La Compañía en el gasto usual, acostumbrado y razonable.**

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 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.

8.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

**La Compañía** cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete siempre y cuando sea recomendado por un **médico** o **especialista** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **Asegurado** esté hospitalizado.

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

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

8.7 FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, QUINESIÓLOGOS, FONOAUDIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS

**La Compañía** pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por **terapeutas** (como **terapeutas** ocupacionales), fisioterapeutas y **nutricionistas** o **quinesiólogos o fonoaudiólogos** si se requiere como parte de su **tratamiento** hospitalario. Lo anterior será procedente siempre y cuando estos **tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **enfermedad o padecimiento** principal se encuentre debidamente cubierto por esta **póliza**. Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **La Compañía**.

**El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

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

8.8 PRÓTESIS

**La Compañía** podrá pagar la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del **tratamiento**. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico. La **Compañía** pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la **Compañía.**

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

- **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente**.

8.9 IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

**La Compañía** cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y aparatos:

Implantes prostéticos:

- Para reemplazar articulación o ligamento.
- Para reemplazar válvula cardiaca.
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial.
- Para reemplazar un músculo del esfínter.
- Para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo.
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga.
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa).
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro.
- Implante coclear: Si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y fue cubierto por esta **póliza La Compañía** pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas a causa de una cirugía por cáncer.

Aparatos (ejemplos):

- Una rodillera que es parte esencial de una **operación quirúrgica** para la reparación de un ligamento cruzado.
- Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una **operación quirúrgica** de columna vertebral.
- Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza cuello.

**Los implantes prostéticos y aparatos deben ser pre-autorizados por La Compañía. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados según el gasto usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido La Compañía.**

### 8.10 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

**La Compañía** cubrirá los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** para restaurar la apariencia física del **Asegurado** después de un **accidente**, **padecimiento**, **lesión** o cirugía. **La Compañía** podrá pagar por la cirugía cuando el **padecimiento** original, **lesión** o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.

El **Asegurado** deberá comunicarse con **La Compañía** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**.

**La Compañía podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.**

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

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

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

## 9. TRATAMIENTO DENTAL

### 9.1 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

**La Compañía** cubrirá los gastos generados por el **tratamiento** dental **médicamente necesario** para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, cuando se deriven de lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un **accidente** notificado en tiempo y forma y cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al **accidente** hasta el máximo de cobertura descrita en la tabla de beneficios.

**Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:**
**Se excluyen piezas, restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio o de osmio.**

9.2 RESTAURACIÓN MAYOR NO ESTÉTICA

Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio requerirá autorización previa de **La Compañía**.

**La Compañía** cubrirá los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), solo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que estos ocurran dentro de la vigencia de la **Póliza** hasta el máximo de cobertura si esta descrita en la tabla de beneficios.

Cuenta con un periodo de espera de 6 meses.

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**
**• Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.**
**• Se excluyen piezas o prótesis con componentes de metales preciosos.**

## 10. REHABILITACIÓN Y/O CUIDADOS PALIATIVOS

10.1 ENFERMERÍA EN CASA

**La Compañía** cubrirá los gastos que erogue el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** después de **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- Sea recetado por el **médico** del **Asegurado.**
- Comience inmediatamente después de que el **Asegurado** salga del **hospital.**
- Se reduzca la duración de la estadía del **Asegurado** en el **hospital.**
- Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a) calificado(a)** en casa del **Asegurado** y, sea necesaria para proporcionar cuidados médicos tales como administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y sea **médicamente necesario** (no incluye **cuidados asistenciales**).

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**
- **Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.**

10.2 CUIDADOS PALIATIVOS

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

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

Todos los servicios deben ser pre-autorizados y coordinados por **La Compañía**.

10.3 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

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

**La Compañía** solo cubrirá los gastos por **rehabilitación** y fisioterapia cuando:

- Sea considerada **médicamente necesaria**, como resultado de un **tratamiento** hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la **póliza** para tratar dicha condición.
- Inicie dentro de los 30 (treinta) días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la **rehabilitación multidisciplinaria**.

### Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:

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

## 11. COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ESPECÍFICOS

11.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

**La Compañía** cubrirá los Gastos Médicos necesarios para el tratamiento de **Padecimientos Congénitos** y/o Genéticos para:

a) **Asegurados** nacidos dentro de la vigencia de la **póliza**: siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 (diez) meses de **cobertura** y el recién nacido haya sido dado de alta dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes a su nacimiento.

b) **Asegurados** nacidos fuera de la vigencia de la **póliza** o si la madre no cuenta con al menos 10 (diez) meses de **cobertura** de acuerdo con lo establecido en **Tabla de Beneficios**, a partir de los 5 (cinco) años de edad, siempre que hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado tratamiento médico previo a la fecha de inicio de la cobertura de la **póliza**.

11.2 TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER

**La Compañía** cubrirá los gastos derivados de cualquier **tratamiento** de cáncer, una vez que sea diagnosticado, y haya transcurrido el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus , incluyendo **trasplante** de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el **tratamiento** contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

El **Asegurado** deberá comunicarse con **La Compañía** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento.**

### La Compañía podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

- **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.**
- **Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada.**

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

11.3 SERVICIO DE TRASPLANTES

**La Compañía** cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante**, una vez transcurrido el periodo de espera establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Plan **Médica Total Plus** incluyendo consultas con **médicos** o **especialistas** y **tratamiento** médico cuando el **Asegurado** se encuentre internado en el **hospital** o como **paciente ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- Córnea.
- Intestino delgado.
- Riñón.
- Riñón/páncreas.
- Hígado.
- Corazón.
- Pulmón.
- Corazón/pulmón.
- Médula ósea (no relacionado con cáncer).

El **Asegurado** deberá comunicarse con **La Compañía** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento.**

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

**La Compañía** cubrirá los gastos del **donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **donante** está **Asegurado** o no, incluyendo:

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

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

- **Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante.**

- **La compra de un órgano donado de cualquier fuente o recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.**

11.4 DIÁLISIS RENAL

**La Compañía** pagará la diálisis renal para **paciente** hospitalizado o **paciente ambulatorio**.

11.5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Una vez hayan transcurrido el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus, **La Compañía** cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este periodo.

11.6 ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS O DE ALTO RIESGO

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el **Asegurado** a consecuencia de la práctica de **actividades peligrosas** o **deportes peligrosos** o de alto riesgo, de forma ocasional o amateur. Lo anterior se cubre hasta el límite establecido en la **Tabla de Beneficios**.

11.7 HALLUX VALGUS

Siempre y cuando no sea una **enfermedad** o **padecimiento preexistente** y una vez haya transcurrido el **periodo de espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Medica Total Plus, **la Compañía** se obliga a cubrir los gastos médicos y hospitalarios del tratamiento necesario para corregir Hallux Valgus/Hallux Rigidus y sus complicaciones hasta el monto máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** que incluye, pero no se limita a: utilización de aparatos ortopédicos, sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante extracción de una parte del hueso del dedo o mediante la liberación y anclaje de tendones.

Se aplican el **deducible** y el **coaseguro** contratados en la **póliza**.

El **periodo de espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Medica Total Plus para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

11.8 CIRUGÍA ROBÓTICA

Se cubre los gastos médicos por la cirugía robótica, de acuerdo con lo establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Medica Total Plus, única y exclusivamente para los siguientes procedimientos quirúrgicos, siempre y cuando haya sido previamente aprobado por **La Compañía**:

a) Prostatectomía.
b) Nefrectomía.
c) Histerectomía.

Para esta cobertura aplicará un **coaseguro** del 20% (veinte por ciento) adicional al contratado.

**Cualquier otro procedimiento quirúrgico distinto a los señalados en esta cobertura, realizado con asistencia de un robot, no estará cubierto.**

# 12. MATERNIDAD

## 12.1 MATERNIDAD/PARTO

**La Compañía** pagará solamente a la **asegurada Titular,** cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del embarazo, parto y **complicaciones del recién nacido** hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**. El **periodo de espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan **Médica Total Plus** no podrá ser eliminado bajo ningún motivo. En caso de cambio de plan con **endoso** de **continuidad de cobertura**, este **periodo de espera** deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.

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

**Exclusiones particulares, no se cubrirá lo siguiente:**

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

**Esta cobertura no aplica para ninguna otra asegurada dependiente.**

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

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

## 12.2 PARTO NORMAL EN EL **HOSPITAL**

Superado el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan **Médica Total Plus** y transcurridos 10 (diez) meses consecutivos desde que la **asegurada Titular**, cónyuge o concubina **dependiente** esté cubierta bajo la **póliza**, **La Compañía** cubrirá a dicha **asegurada**:

El **tratamiento** de maternidad y parto, que incluye:

- Cargos de **hospitales**, honorarios de obstetras y parteras por parto natural.
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas.
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el **recién nacido de acuerdo a lo detallado en Tabla de Beneficios.**
- No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

**En este tratamiento no se aplica la continuación de cobertura ni opera eliminación de periodo de espera.**

12.3 CESÁREA

Una vez superado el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura consecutiva bajo la **póliza**, **La Compañía** cubrirá a la **Asegurada Titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por gastos de **hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea.

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

**En este tratamiento no se aplica la continuación de cobertura ni opera eliminación de periodo de espera.**

**12.4** INDEMNIZACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

Si la **Asegurada** opta por este método de indemnización, **la Compañía** indemnizará la **suma asegurada** especificada en la **Tabla de Beneficios** para esta **cobertura**, sin aplicar **deducible** ni **coaseguro**, siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Ser **Asegurada** titular, cónyuge o concubina.
2. Haber cubierto el **periodo de espera** de 10 (diez) meses a partir de la contratación de la **póliza** (no aplica eliminación o reducción de **periodo de espera**).
3. La **Asegurada** cuente con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación, siempre y cuando compruebe a **la Compañía** mediante un ultrasonido que contenga la siguiente información:
   a) Datos de la madre **Asegurada**.
   b) Semanas de gestación.
   c) Firma del médico especialista.
   d) Entregue el formulario de reclamación debidamente llenado y firmado tanto por la **Asegurada** como por el médico tratante, así como el formulario de reembolso.

Esta **cobertura** aplica únicamente de manera indemnizatoria. Una vez que se otorgue este beneficio, la **Asegurada** no podrá solicitar pago directo o reembolso por maternidad por parto o cesárea ni hacer reclamaciones por concepto de gastos pre y/o post natales.

12.5 **TRATAMIENTO** PRE Y POST NATAL

Una vez superado el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **póliza**, **La Compañía** cubrirá a la **asegurada Titular**, cónyuge o concubina **dependiente** por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto. **No aplica endoso de continuidad de cobertura o de eliminación de periodos de espera por reconocimiento de antigüedad.**

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

12.6 **COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO**

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus.

Una vez superado el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **póliza, La Compañía** cubrirá a la **asegurada Titular**, cónyuge o concubina **dependiente** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto**.

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

Por **complicaciones de maternidad y parto** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto cubierto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o **recién nacido**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de **La Compañía**. La **asegurada** deberá contactar a **La Compañía** para recibir autorización previa si es posible. Si requiere **hospitalización** de **emergencia** como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto**, la **asegurada** deberá comunicarse con **La Compañía** dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas después de ser hospitalizada.

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

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto.

El **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

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

- El **recién nacido** no nace de un embarazo cubierto o
- La notificación no es recibida durante los 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta **póliza** o
- El **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.
- El plan contratado no incluye la **cobertura** de maternidad de acuerdo con el **deducible** correspondiente, especificado en la carátula de la **póliza**.

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

12.8 COBERTURA DEL **RECIÉN NACIDO**

Si nace de un embarazo cubierto, el **recién nacido** tendrá cobertura provisional automática por cualquier **lesión** o **enfermedad** durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto, sin **deducible** ni **coaseguro**.

El cuidado para el **recién nacido** saludable solamente está cubierto cuando nace de un embarazo cubierto por esta **póliza**.

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

Si dentro de los primeros 90 (noventa) días de vida, el recien nacido no es incluido en la presente **póliza**, cesará la cobertura provisional automática.

# 13. TRASLADOS

13.1 **AMBULANCIA AÉREA** LOCAL

**La Compañía** cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local utilizada para transportar al **Asegurado**:
- de la ubicación de un **accidente** al **hospital** o
- para el traslado de un **hospital** a otro.

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia aérea** sea:
- **médicamente necesaria**.
- utilizada para el traslado hacia el centro médico más cercano donde el **Asegurado** pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo.
- relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **Asegurado** necesite recibir en el **hospital**.

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

Este beneficio es sin límite de eventos.

Este beneficio tendrá un **coaseguro** fijo del 20% (veinte por ciento) para cualquier opción de **coaseguro** contratado **y no se aplicará para esta cobertura el tope de coaseguro**. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

13.2 **AMBULANCIA TERRESTRE** LOCAL

**La Compañía** cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia terrestre** local utilizada para transportar al **Asegurado**:

- de la ubicación de un **accidente** al **hospital**
- para el traslado de un **hospital** a otro
- de su casa al **hospital.**

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia terrestre** local sea:

- **médicamente necesaria** y,
- relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **Asegurado** necesite recibir en el **hospital.**

Este beneficio es sin límite de eventos.

# 14. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

14.1 EXAMEN PREVENTIVO DENTAL

**La Compañía** indemnizará el costo de chequeos/exámenes dentales por **año póliza** siempre y cuando haya transcurrido el periodo de espera detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus incluyendo:

- Radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG).
- Eliminación de la placa dental y pulido.
- Protector de encías/protector bucal.

No aplica **deducible**.

14.2 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL **ASEGURADO TITULAR**
En caso de que fallezca el **Asegurado Titular, La Compañía** eximirá de aquellos periodos pendientes de pago hasta por un año sin costo alguno, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o padecimiento** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o concubino(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

**Esta cobertura no será procedente si el Contratante y/o Beneficiarios del Asegurado Titular solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en términos de las presentes Condiciones Generales.**

## 15. BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA OTORGADO POR LA COMPAÑIA

Sin menoscabo de la **suma asegurada** contratada que se detalla en la carátula de la **póliza**, se establecen $200’000,000.00 (doscientos millones de pesos 00/100 M.N.) como la cantidad máxima acumulada que el **Asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo **accidente, enfermedad o padecimiento** de acuerdo con las condiciones y términos señalados en este contrato de seguro, salvo las **enfermedades** o **padecimientos** a los que se les especifique una **suma asegurada de por vida** y así aparezca descrita en las condiciones generales o en la **Tabla de Beneficios**.

# III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

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

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

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la póliza o sus complicaciones.**
- **Enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y/o tratamientos excluidos.**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades y/o padecimientos y tratamientos excluidos.**

- **Los servicios que no se encuentren dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio cuando así lo especifique la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Total Plus.**
- **En caso de que algún padecimiento presente sintomatología o sea diagnosticado durante el periodo de espera general, será considerado exclusión por todas las vigencias de la póliza.**

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

**1. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO.**
**El tratamiento por cualquier lesión, accidente, enfermedad o padecimiento derivado de participar en actividades y/o deportes de alto riesgo ya sea por compensación o como profesional.**

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

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

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

**5. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO**
**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, y/o deformidad, accidente o enfermedad cubierto que compromete la funcionalidad de un órgano, aparto o sistema corporal, 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.**

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

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

**8. CIRUGIA ROBÓTICA**
**Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica.**

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

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

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

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

**12. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO**
**Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.**

**13. DESÓRDENES DE SUEÑO**
**Tratamiento para insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios de sueño.**

**14. DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL**
**Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades trasmitidas sexualmente.**

**15. ENFERMEDADES POR EPIDEMIA Y/O PANDEMIA**
**No está cubierto el diagnóstico, tratamiento y/o complicaciones, derivadas de cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica; tampoco están cubiertas las vacunas, ni los**

**tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.**

**16. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL**
**Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por La Compañía.**

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

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

**19. EXÁMENES / TRATAMIENTO / CONSULTAS PREVENTIVAS**
**Cualquier examen de rutina que no sea parte del control recurrente de un padecimiento amparado, procedimiento, consulta o tratamiento preventivo incluyendo los que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad.**
**Exceptuando tratamientos dentales y de tamiz neonatal.**

**20. EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS**
**Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial.**

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

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

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

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

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

**Cualquier exclusión particular de la póliza, 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 excepto que derive de un padecimiento cubierto y previamente autorizado por La Compañia 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.**

**25. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO**
**Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado.**
**Enfermedades o tratamientos derivados de suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave.**

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

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

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

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

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

**31. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS**
**Cualquier enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como se especifique en la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Total Plus.**

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

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

**34. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD**
**Tratamiento para asistir en la reproducción, como:**

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

**35. TRATAMIENTO DENTAL**
**Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto, o aquellos que sin**

**derivar de un accidente no están debidamente señalados bajo la cobertura dental especificada en la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Total Plus.**

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

**37. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS**
**Tratamientos en cualquier institución gubernamental cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.**

**38. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL**
**La Compañía no pagará por tratamientos, estudios o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.**

**La Compañía no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.**

**La Compañía no pagará por ningún costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si estos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.**

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

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

**41. TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN NO PRESCRITA POR UN MÉDICO, ASÍ COMO SUS RESPECTIVOS TRATAMIENTOS DE DESINTOXICACIÓN.**
**En caso de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, La Compañía 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.**

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

**43. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES**
**Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.**

**44. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL**
**Tratamiento de lesiones y/o enfermedad o padecimiento que se produzcan mientras el Asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.**

**45. VISIÓN**
**Tratamiento, equipo o cirugía para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK).**

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

# IV. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE
Daño, trauma o **lesión** provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado **accidente** bajo los términos de esta **póliza**, la primera atención médica, 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, solo se considerarán **accidentes** cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

2. ACCIDENTE GRAVE
**Accidente** que pone en riesgo la vida del **Asegurado.**

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

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

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

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

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

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

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

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

11. BENEFICIOS CUBIERTOS
**Tratamiento** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus.

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

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

14. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO
Patología o tratamiento de una situación adversa directamente imputable al embarazo o al alumbramiento. Se entenderá como complicaciones del embarazo cualquiera de los siguientes supuestos, siendo enunciativos mas no limitativos:
a) Aquellas que provocan alguna **enfermedad** o descompensación en el estado de salud de la madre **Asegurada** como consecuencia del embarazo.
b) Aquellas que requieran tratamiento médico subsecuente a la terminación del embarazo cubierto.
c) Aquellas que provocan complicaciones en el recién nacido no relacionadas con **padecimientos congénitos**.

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

16. 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 médico.

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

(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.

17. CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)
Esta **póliza** ofrece continuidad en la cobertura, lo cual implica que **La Compañía** reconoce la antigüedad generada con otras compañías o con otro plan de **La Compañía**, ya que con ello se asegura que no haya ningún lapso sin cobertura al cambiar de compañía o de un plan a otro. De igual manera, se respetarán los plazos transcurridos de la antigüedad previa para que sean computados en los periodos de espera que en particular se señalen en la **póliza, excepto para Maternidad, Hallux Valgus y Sida**. Sin embargo, esta continuidad no implica que se cubrirán siniestros iniciados con otras compañías o en otros planes de **La Compañía**. Los beneficios con **sumas aseguradas** de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. **Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera agotado y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.**

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 periodo de espera específico de dicho beneficio establecido en la **Tabla de Beneficios** de su plan Médica Total Plus.

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

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

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

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

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

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

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

24. DEPENDIENTE
Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en la **carátula** de la **póliza**.

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

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

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

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

29. 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.

30. ENFERMERO(A)
Profesional legalmente autorizado por las autoridades sanitarias locales para prestar cuidados de enfermería.

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

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

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

33. ESPECIALISTA
Un cirujano, anestesiólogo o **médico, doctor** que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión**, **enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

34. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE
Un estado de pérdida de conciencia profundo sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

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

36. EXTRAPRIMA
Cantidad adicional de **prima** que el **Asegurado** se obliga a pagar a la **Compañía**, por cubrir un **riesgo** agravado.

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

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

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

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

40. 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 acuerdos que **La Compañía** tiene con los **hospitales** y/o **proveedores en convenio**.

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

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

43. LESIÓN
Daño causado al organismo por una causa externa.

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

45. LÍMITE MÁXIMO
Se establece en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Total Plus 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 con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**.

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

47. MÉDICAMENTE NECESARIO
El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por **La Compañía** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una **enfermedad**, **padecimiento** o **lesión**. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado **médicamente necesario** si:

(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **Asegurado**, la familia del **Asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un **enfermero(a)** privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite);
(b) No es apropiado para el diagnóstico, **tratamiento** del **Asegurado**;
(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado;
(d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc).

48. MÉDICO, DOCTOR O PROFESIONAL MÉDICO
Profesional médico que cumple con el aval de las autoridades de educación superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión.

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

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

51. OPERACIÓN DE COASEGURO
Es un contrato por virtud del cual dos o más entidades aseguradoras dan cobertura sobre un mismo riesgo con una participación específica entre ambas. En este caso, **HDI** y **BUPA**.

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

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

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

55. PAGO DIRECTO
Pago de los gastos médicos cubiertos por un Siniestro Amparado que La Compañía realiza de manera directa a los Prestadores de Servicios Médicos previamente elegidos libremente por el propio Asegurado para su atención médica. Este servicio se otorgará siempre y cuando la Institución Aseguradora cuente oportunamente con la información necesaria para verificar la procedencia del siniestro.
En el caso de optar por el beneficio de Pago Directo necesariamente el monto de gasto hospitalario deberá superar el monto del Deducible estipulado.
La Compañía únicamente es responsable del pago por Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

56. PAÍS DE NACIONALIDAD
El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** o **Contratante** y que esteha especificado en la **solicitud**, o el que se le haya informado posteriormente a **La Compañía** por escrito.

57. PAÍS DE RESIDENCIA
El país en el que el **Asegurado Titular** ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia fija, o en su defecto, su país de origen o el lugar que hubiese informado posteriormente a **La Compañía** por escrito.

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

59. PERIODO AL DESCUBIERTO
Periodo en el cual el **Asegurado** no goza de **beneficios** del presente Contrato de Seguro, el cual se genera por la falta de pago de **primas**.

60. PERIODO DE ESPERA ESPECÍFICO
Algunos **beneficios cubiertos** están sujetos a periodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su **Tabla de Beneficios**. Esto significa que el **Asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos **beneficios cubiertos** que se hayan realizado antes de que haya sido completado el periodo de espera específico correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios**.

61. PERIODO DE ESPERA GENERAL
Periodo establecido en su **Tabla de Beneficios** Plan Médica Total Plus que debe ser completado antes de que el **Asegurado** pueda presentar una reclamación.

62. PERIODO DE GRACIA
El periodo de tiempo de 30 (treinta) días después de la **fecha de vencimiento** de la prima durante el cual **La Compañía** permitirá que la **póliza** sea pagada.

63. PÓLIZA
Su **contrato** de seguro con **La Compañía**, tal como está descrito en la *Cláusula 1* de las Condiciones Generales de la **póliza**.

64. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS
Es el servicio mediante el cual la **Compañía** autoriza el **Pago Directo** de los **gastos médicos** amparados de un **siniestro**.

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

66. PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS
Hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes, farmacias y médicos que cuenten con la certificación médica obligatoria y/o instalaciones médicas con la certificación requerida por la autoridad competente.

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

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

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

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

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

72. RENOVACIÓN
Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado** fue incluido al Plan Médica Total Plus.

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

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

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

76. SUMA ASEGURADA
Monto en pesos mexicanos asignado por **Asegurado** y por **año póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **Asegurado** en la vigencia en curso, por **accidentes**, **enfermedades** o **padecimientos** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**. La **suma asegurada** para la reclamación en curso será la **suma asegurada** por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva **suma asegurada** por **Asegurado**, por **año póliza** para los gastos incurridos por **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la **suma asegurada** por **Asegurado**, por **año póliza**.

77. SUMA ASEGURADA DE POR VIDA
Monto en pesos mexicanos asignada para los padecimientos determinados en la tabla de beneficios, 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.

78. TABLA DE BENEFICIOS
Listado que forma parte de la documentación contractual de la **póliza** que incluye las cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos por su Plan Médica Total Plus y que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en la **carátula** de la **póliza**.

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

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

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

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

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

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

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

86. TRATAMIENTO
Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **enfermedad o padecimiento** o **lesión** con el objeto de que el **Asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

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

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

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

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

91. 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**.

92. ZONA GEOGRÁFICA DE COBERTURA
Área geográfica elegida en el momento de la contratación que determinará el **coaseguro** a aplicar para el **Asegurado** y/o **Contratante**, determinada en función del lugar donde se haga uso de la **póliza**.

# V. AVISO DE PRIVACIDAD

**HDI Seguros S.A. de C.V.**, con domicilio Boulevard San Juan Bosco No. 5003, colonia Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México. En su carácter de Responsable, recaba Datos Personales con el objetivo de brindarle los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las **finalidades primarias**: I) la prospección, suscripción, contratación y renovación de Pólizas de seguro; II) facturación y cobranza; III) determinar hábitos de conducción, IV) telemática y telemedicina; V) atención y seguimiento de siniestros; VI) prevención de fraudes o delitos; VII) crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; VIII) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; IX) servicios de reparación, X) pago de indemnizaciones y rembolsos; XI) cobro de deducibles y recuperaciones; XII) coaseguro y reaseguro; XIII) estadística, XIV) venta de salvamentos; y XV) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas; y **finalidades secundarias**: I) mercadotecnia e investigaciones de mercado; II) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; III) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por HDI, IV) realizar encuestas de servicio y V) prevención de riesgos. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral visite hdi.com.mx/aviso-privacidad/

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a **la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa México** ubicada en Avenida Ejercito 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, en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)** con domicilio en Avenida Insurgentes Sur, Número 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfono: (55) 5340 0999 desde la Ciudad de México o al 800 999 8080 desde el interior de la República, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página gob.mx/condusef.

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

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante **endosos** adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El **contrato** o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo,

es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por estacontra aquellos.

**ARTÍCULO 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

**VI.** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

**VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de

seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

**IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.
En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

Tratándose de los **contratos** que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un **contrato** en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados **contratos** para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

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

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

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

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

**LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

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

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

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

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

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

**Artículo 52.-** El **Asegurado** deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el **Asegurado** omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

**Artículo 53.-** Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el **Asegurado** conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del **Asegurado**, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

**Artículo 55.-** Si el **Asegurado** no cumple con esas obligaciones, la empresa Aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

**Artículo 60.-** En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el **Asegurado** perderá las primas anticipadas.

**Artículo 69.-** La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del **Asegurado** o **Beneficiario** toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

**Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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

**I)** En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
**II)** En dos años, en los demás casos.

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

**Artículo 82.-** El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros **Beneficiarios** se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

**Artículo 84.-** Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

**LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

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

**I)** El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
**I BIS**. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.
La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

**III)** En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

**IV)** La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los

diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

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

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

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

**VII)** En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

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

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

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

**X)** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la **suma asegurada** y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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

**CÓDIGO PENAL FEDERAL**

**Artículo 139.-** Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

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

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

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

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

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

I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

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

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

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

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

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

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia. No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor y, IV cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

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

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

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

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

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

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita. Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

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

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 23 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0065-0352-2023/ CONDUSEF-006176-01.**