BUPA BÁSICO ESTANDARIZADO

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de Espera
Renta Diaria por Hospitalización	Enf. y Acc. cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	30 días En el caso de Accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fístulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones[1] Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF[2]	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones[1] Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF[2]	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Complicaciones del Recién nacido	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardiaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
	Trasplante de óganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal
1) Numeral 5 de las Condiciones Generales
2) Monto de Indemnización por día
(*) En el caso de Indemnización por enfemedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

Especificaciones

A) Edad máxima de aceptación 64 años.
B) Edad máxima de renovación, vitalicia.
C) Periodo de pago de primas, anual.
D) El Pago se efectua al asegurado, no es reembolso ni pago directo de Gastos Médicos.
E) Para pago de la Cobertura se requiere Informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales.
F) Proceso de Reclamación y solicitud del seguro, homogéneos.
G) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte del Hospital. En caso de institución hospitalaria pública, se solicitará constancia por parte del área de trabajo social.

Enf. y Acc.: Enfermedades y Accidentes

GM: Gastos Médicos

Exclusiones (Numeral 5 de las Condiciones Generales)

a. **Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**

b. **Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**

c. **Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**

d. **Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun y cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

e. **Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante o estimulante que no haya sido prescrito por un Médico.**

f. **Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.**

g. **Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**

h. **Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**

i. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".**

j. **Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.**

k. **Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.**

l. **Tratamientos en vías de experimentación.**

m. **Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.**

n. **Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**

Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al contrato

I.1 Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

I.2 Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

I.3 Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales

constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.

b) La Póliza.

c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales

d) Las Condiciones Generales.

e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

I.4 Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) **Carátula de Póliza.**- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1 Nombres y firmas de los representantes de la Compañía

2 Nombre y domicilio del Contratante

3 La designación de las personas aseguradas

4 La naturaleza de los riesgos transferidos

5 Fecha de inicio y fin de la vigencia

6 Lista de Endosos incluidos

7 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos

8 Cobertura Contratada

9 Prima del seguro

10 Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) **Endosos.-** Documento, generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

I.5 Fecha de Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

I.6 Fecha de Inicio de Vigencia

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

I.7 Fecha de Término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

I.8 La Compañía

Nombre con el cual se designará a la aseguradora "ABC" en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

I.9 Recibo de Pago

Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

I.10 Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

I.11 Enfermedad

Es la alteración en la salud del asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente, legalmente autorizado para ejercer la profesión o especialidad de que se trate

II. Relativas a la cobertura

II.1 Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

II.2 Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

II.3 Cirugías de Corazón

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastía con colocación de stent.

II.4 Colecistectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

II.5 Fracturas de Huesos

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

II.6 Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

II.7 Infarto Cardiaco Agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardiaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardiaco.

II.8 Infarto o Derrame Cerebral

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

II.9 Institución Hospitalaria

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

II.10 Insuficiencia Renal Crónica

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

II.11 Litiasis (Litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

II.12 Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

II.13 Preexistencia

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

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

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

II.14 Renta Diaria

Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

II.15 SIDA

Etapa más grave de la infección por VIH (virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

II.16 Suma Asegurada

Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

II.17 Transplante de Organos Mayores

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Bupa Básico Estandarizado quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0065-0283-2019/CONDUSEF-005491-01.

INDICE

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

I. RELATIVAS AL CONTRATO

I.1 ACCIDENTE

I.2 ASEGURADO

I.3 CONTRATO DE SEGURO

I.4 POLIZA

I.5 FECHA DE INICIO DE COBERTURA

I.6 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

I.7 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA

I.8 LA COMPAÑIA

I.9 RECIBO DE PAGO

I.10 SOLICITUD

I.11 ENFERMEDAD

II. RELATIVAS A LA COBERTURA

II.1 APENDICECTOMIA

II.2 CANCER

II.3 CIRUGIAS DE CORAZON

II.4 COLECISTECTOMIA

II.5 FRACTURAS DE HUESOS

II.6 HOSPITALIZACION

II.7 INFARTO CARDIACO AGUDO

II.8 INFARTO O DERRAME CEREBRAL

II.9 INSTITUCION HOSPITALARIA

II.10 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

II.11 LITIASIS (LITOTRIPSIA)

II.12 POLITRAUMATISMO

II.13 PREEXISTENCIA

II.14 RENTA DIARIA

II.15 SIDA

II.16 SUMA ASEGURADA

II.17 TRANSPLANTE DE ORGANOS MAYORES

2. OBJETO DEL SEGURO

A. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

B. INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

3. CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS

4. EVENTOS CUBIERTOS

A. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

B. INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

5. EXCLUSIONES

6. PAGO DE INDEMNIZACIONES

6.1 LIMITES DE INDEMNIZACIONES

6.2 COMPROBACION DEL EVENTO CUBIERTO

7. CLAUSULAS GENERALES

7.1 CLAUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO

A. RENOVACION

B. PRIMAS

C. AJUSTES POR MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

D. EDAD ALCANZADA

E. PERIODO DE GRACIA

F. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

7.2 CLAUSULAS OPERATIVAS

A. RESIDENCIA

B. VIGENCIA

C. MODIFICACIONES

7.3 CLAUSULAS CONTRACTUALES

A. COMPETENCIA

B. PREEXISTENCIA

C. PRESCRIPCION

D. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

E. MONEDA

F. NOTIFICACIONES

G. REVELACION DE COMISIONES

H. INTERES MORATORIO

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al contrato

I.1 Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

I.2 Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

I.3 Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.

b) La Póliza.

c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.

d) Las Condiciones Generales.

e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

I.4 Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) **Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1 Nombres y firmas de los representantes de la Compañía

2 Nombre y domicilio del Contratante

3 La designación de las personas aseguradas

4 La naturaleza de los riesgos transferidos

5 Fecha de inicio y fin de la vigencia

6 Lista de Endosos incluidos

7 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos

8 Cobertura Contratada

9 Prima del seguro

10 Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) **Endosos.-** Documento, generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la

necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

I.5 Fecha de Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

I.6 Fecha de Inicio de Vigencia

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

I.7 Fecha de Término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

I.8 La Compañía

Nombre con el cual se designará a la aseguradora "ABC" en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

I.9 Recibo de Pago

Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

I.10 Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

I.11 Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo, que amerite tratamiento médico.

II. Relativas a la cobertura

II.1 Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

II.2 Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

II.3 Cirugías de Corazón

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastía con colocación de stent.

II.4 Colecistectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

II.5 Fracturas de Huesos

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

II.6 Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

II.7 Infarto Cardiaco Agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardiaco

secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardiaco.

II.8 Infarto o Derrame Cerebral

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

II.9 Institución Hospitalaria

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

II.10 Insuficiencia Renal Crónica

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

II.11 Litiasis (Litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

II.12 Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

II.13 Preexistencia

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.

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

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

II.14 Renta Diaria

Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

II.15 SIDA

Etapa más grave de la infección por VIH (virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

II.16 Suma Asegurada

Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

II.17 Transplante de Organos Mayores

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

2. Objeto del Seguro

a. Renta Diaria por Hospitalización

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado incurriera en una Hospitalización cubierta, La Compañía pagará la Renta Diaria estipulada en la carátula de la póliza por cada día de Hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de Rentas Diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso “a” de este Contrato de Seguro.

b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, La Compañía pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas

en la cláusula 4 inciso “b” de este Contrato de Seguro.

3. Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de Espera
Renta Diaria por Hospitalización	Enf. y Acc. cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	30 días En el caso de Accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fístulas y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones[1] Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF[2]	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones[1] Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF[2]	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Complicaciones del Recién nacido	Aplican Exclusiones[1]	1/2 SMMGVDF[2]	30 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones[1]	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardiaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones[1]	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal
1) Numeral 5 de las Condiciones Generales
2) Monto de Indemnización por día
(*) En el caso de Indemnización por enfemedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

Especificaciones

A) Edad máxima de aceptación 64 años.
B) Edad máxima de renovación, vitalicia.
C) Periodo de pago de primas, anual.
D) El Pago se efectua al asegurado, no es reembolso ni pago directo de Gastos Médicos.
E) Para pago de la Cobertura se requiere Informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales.
F) Proceso de Reclamación y solicitud del seguro, homogéneos.
G) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte del Hospital. En caso de institución hospitalaria pública, se solicitará constancia por parte del área de trabajo social.

Enf. y Acc., Enfermedades y Accidentes

GM, Gastos Médicos

4. Eventos Cubiertos

a. Renta Diaria por Hospitalización

Se indemniza la Renta Diaria de acuerdo a lo siguiente:

a1. En el caso de Hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia continua de la póliza en esta compañía para el Asegurado afectado, salvo en caso de accidentes la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 (treinta) días.

a2. Para la Hospitalización por parto normal y cesárea siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía; con máximo de 2 (dos) días de Renta Diaria. En caso de complicación del parto, ésta queda cubierta por un tiempo máximo de hasta 30 (treinta) días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia.

a3. Para la Hospitalización por las complicaciones del recién nacido siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía; con un máximo de 30 días de Renta Diaria.

a4. La Renta Diaria de los siguientes padecimientos siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía:

a) Padecimientos ginecológicos.

b) Padecimientos de la columna vertebral.

c) Padecimientos de glándulas mamarias.

d) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.

e) Amigdalitis y adenoiditis.

f) Hernias y eventraciones.

g) Nariz o senos paranasales.

Tratándose de politraumatismo, no operará el periodo de espera antes señalado.

a5. En los demás casos cuando la Hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la póliza en esta compañía para el Asegurado afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de Rentas Diarias será hasta un máximo de 30 (treinta) días de indemnización por padecimiento, por cada año de vigencia, excepto en Parto Normal y Cesárea en los cual será máximo de 2(dos) días.

b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Se indemniza la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada uno de los siguientes eventos:

b1. Para Fracturas de Huesos y Politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la póliza para el Asegurado afectado.

En el caso de Fracturas de Huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de la póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

Quedan excluidas las Fracturas de Huesos del pie, las manos y la nariz.

b2. Para los siguientes eventos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía:

i. Apendicectomía.

ii. Colecistectomía.

iii. Litiasis.

iv. Cáncer. Excepto cáncer no invasivo in-situ y el cáncer de piel.

v. Infarto Cardiaco Agudo y Cirugías de Corazón.

vi. Transplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

vii. Insuficiencia Renal Crónica.

Tratándose de Derrame o Infarto Cerebral, no operará el periodo de espera antes señalado.
Para cada uno de estos eventos, la Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

b3. Para SIDA siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la póliza en esta compañía.

La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

El SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la póliza en esta Compañía.

5. Exclusiones

Para efectos de este Contrato de Seguro, quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

a. **Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**

b. **Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**

c. **Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**

d. **Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun y cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

e. **Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante o estimulante que no haya sido prescrito por un Médico.**

f. **Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.**

g. **Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**

h. **Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**

i. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de “Check up”.**

j. **Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.**

k. **Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.**

l. **Tratamientos en vías de experimentación.**

m. **Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.**

n. **Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**

6. Pago de Indemnizaciones

6.1 Límites de Indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de La Compañía dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todas los documentos que fundamenten la indemnización que La Compañía haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 Comprobación del evento cubierto.

Las indemnizaciones para los Eventos Cubiertos citados en la cláusula 4, se pagarán de acuerdo a los siguientes límites:

EVENTO	RENTA DIARIA
Hospitalización	**De acuerdo a 4.a** 1/2 SMMGVDF*

*SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

EVENTO	DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO	SUMA ASEGURADA
Indemnizaciones	**De acuerdo a 4.b.1** Fractura de Huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.2 Colecistectomía Litiasis Apendicectomía	5 SMMGVDF*
	Cáncer Infarto Cardiaco Agudo y Cirugías de Corazón Derrame o Infarto Cerebral Trasplante de órganos mayores Insuficiencia Renal Politraumatismos	20 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.3 Sida	20 SMMGVDF*

*SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

6.2 Comprobación del evento Cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

(i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.

(ii) En el caso de una reclamación por Renta Diaria por Hospitalización, será indispensable presentar:

- El comprobante de la Institución Hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
- La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de Hospitalización en hospitales privados).

(i) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:

- El informe del médico tratante.
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de Vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que La Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y La Compañía, para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por La Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

7. Cláusulas Generales

7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado

a. Renovación

Este Contrato de Seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el asegurado no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y

Fianzas.

b. Primas

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma; o,
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto, los cuales deberán hacerse del conocimiento del asegurado al momento de la contratación

c. Ajustes por movimientos de Asegurados

En el caso de altas de Asegurados, La Compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

d. Edad Alcanzada

a) La Compañía aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación, y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la prima.

b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

e. Periodo de Gracia

El contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

f. Reconocimiento de Antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre Compañías.

7.2 Cláusulas Operativas

a. Residencia

Para efecto de esta póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

b. Vigencia

La vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la Póliza.

c. Modificaciones

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

7.3 Cláusulas Contractuales

a. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Institución proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

b. Preexistencia

Es aquel padecimiento y/o enfermedad del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a. Que previamente a la celebración de un Contrato de Seguro, 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 algún diagnóstico.

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 resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

c. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía 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.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

d. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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 el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

e. Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

f. Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a La Compañía en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza, estando obligada a expedir constancia de la recepción

Cualquier notificación realizada por La Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

g. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la Solicitud.

h. Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Ley sobre el Contrato de Seguro. 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."

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de

Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

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

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

VIII. 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. 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."

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Bupa Básico Estandarizado quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11de agosto de 2019, con el número CNSF-S0065-0283-2019/CONDUSEF-005491-01.

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos,:

En México: 52 02 17 01
Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.
Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:
En México, sin cobro: 01 800 326 3339
En los EE.UU.: +1 (305) 275-1500
Sin cobro desde los EE.UU.: +1 (800) 726-1203
Fax: +1 (305) 275-8555
Correo electrónico: usamed@usamedicalservices.com
Fuera de los EE.UU.: El número se encuentra en su tarjeta de identidad

o visite www.bupa.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx."

NOTA: USA Medical Services es un proveedor contratado por BUPA para la coordinación de atención y administración de siniestros y cualquier servicio que preste a los asegurados de BUPA no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro, así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de BUPA la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a BUPA por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social			
RFC		CURP (personas físicas)	
Forma de pago : **ANUAL**	Domicilio		
No. Exterior e Interior	Código Postal	Colonia	
Delegación	Ciudad	Estado	
Teléfono domicilio	E-mail		

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia			Entre qué calles		
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Estado Civil	Género (M/F)	Ciudad donde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Estado de salud	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fístulas ano rectales?							

2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?							
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?							
4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?							
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?							
6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.							

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES

Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

IV. OTROS SEGUROS (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

DECLARACION DEL ASEGURADO

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a_____, la información de su conocimiento y que a su vez_____, proporcione a cualquier otra empresa del ramo

la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

_____, a_____de_____de _____

_____	_____
Firma del Contratante	**Firma del Asegurado Titular**
	(En caso de que sea distinto al Contratante)

Datos de contacto de la Unidad Especializada de BUPA:

Teléfonos:
(55) 52 02 17 01 en el **D.F.**
01 800 227 3339 **Interior de la República**
Página web: www.bupa.com.mx

Datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros:

Teléfonos:
(55) 5448 7000 en el **D.F.**
01 800 999 8080 **Interior de la República**
Página web: www.condusef.gob.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Bupa Básico Estandarizado quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 1 de agosto de 2 0 1 9 , con el número CNSF-S0065-0283-2019 / CONDUSEF-005491-01.

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES:

1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERA SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA.
3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑIA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA.
4.- ESTE DOCUMENTO NO SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

TIPO DE RECLAMACION: ☐ ACCIDENTE ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD
COBERTURA(S) AFECTADA(S): ☐ RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION ☐ INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:			NUMERO DE POLIZA:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:			R.F.C. o C.U.R.P.:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO:			R.F.C. o C.U.R.P.:
NUMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:	FECHA DE NACIMIENTO: (DIA /MES/ AÑO)		SEXO:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELEFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRONICO :
OCUPACION o PROFESION:	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA:		GIRO DE LA EMPRESA:
DOMICILIO/CALLE:	NUMERO EXTERIOR:	NUMERO INTERIOR:	COLONIA:
CODIGO POSTAL :	DELEGACION:	ESTADO:	

FECHA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O APARICION DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DIA /MES/ AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SINTOMAS QUE PRESENTO:
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MEDICO POR ESTA ENFERMEDAD: DIA /MES/ AÑO)	INDIQUE EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACION:
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO?	
SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿COMO Y DONDE FUE?:	AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE:
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? ☐ SI ☐ NO	INDIQUE LA COMPAÑIA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑIA? ☐ SI ☐ NO	INDIQUE NÚMERO. DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DIAS DE ESTANCIA:	TIPO DE HOSPITAL: ☐ PRIVADO ☐ PUBLICO
PERIODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NUMERO DIAS DE ESTANCIA:

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MEDICO (S) TRATANTE(S)	ESPECIALIDAD DEL (LOS) DOCTOR (ES):
MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS:	CAUSA Y FECHA

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
2. EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA).
3. FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MEDICOS EROGADOS POR LA ATENCION DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES (SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACION EN HOSPITALES PRIVADOS).
4. EN SU CASO, INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE.
5. COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE).
6. INFORMES MEDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACION DEL MEDICO TRATANTE (NOTAS MEDICAS DEL HOSPITAL).
7. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA.
8. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MEDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO.

NOTA:

AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLINICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/ O DIAGNOSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESION Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑIA, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACION REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, HISTORIAL CLINICO, INDICACIONES MEDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACION CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLINICO, MISMA QUE PODRA SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE LA COMPAÑIA LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUES DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACION RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MEDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACION REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACION DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑIA LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑIA PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACION QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

FECHA: (DIA /MES/ AÑO) LUGAR:

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR **NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

FIM

INFORMEMÉDICO

☐ PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA ☐ TRATAMIENTO MÉDICO ☐ REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE
2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR
3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	(ESPACIO LIBRE)	EDAD	SEXO F M
CAUSA DE ATENCIÓN: ☐ PREVENCIÓN ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL?		

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	**ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)**

PADECIMIENTO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS

FECHA DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DELDIAGNÓSTICO

FECHA DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO ☐ CONGÉNITO ☐ ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL?

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FISÍCA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO	
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO
	FECHA DIAGNÓSTICO: DIA / MES / AÑO
¿HUBO COMPLICACIONES? ☐ SI ☐ NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL:	TIPO DE ESTANCIA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
CUIDAD:	☐ URGENCIA ☐ HOSPITALARIA ☐ CORTA ESTANCIA/ AMBULATORIA	DIA / MES / AÑO	DIA / MES / AÑO

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD _____ R.F.C _____ CELULAR: _____

CÉDULA PROFESIONAL _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____

NÚMERO DE PROVEEDOR _____ E-Mail _____

PRESUPUESTO

(ESPACIO LIBRE)

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

1. CONOZCA SUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE SU SEGURO

Nos interesa su bienestar y satisfacción con nuestros servicios, es por esto que le damos a conocer sus derechos como contratante, asegurado o solicitante y beneficiario de nuestros servicios.

Sus derechos antes y durante la contratación de su póliza de seguro son:

I. Solicitar a los agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que, sin ser agentes de seguros, hayan promocionado o vendido la póliza de seguro, la identificación que los acredite como agentes o bien, como personas morales que, sin ser agentes, les sea permitido la promoción o venta de seguros.

II. Solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que, sin ser agentes de seguros, promocionen o vendan seguros.

III. Recibir toda información que le permita conocer las condiciones, alcances, conservación y terminación de aseguramiento pactadas en el contrato de seguro

IV. Derecho a que en caso de someterse a un examen médico no se aplicará la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le ha aplicado objeto del seguro

2. SUS DERECHOS AL OCURRIR UN SINIESTRO

En caso de hacer uso de nuestros servicios como beneficiario del seguro tendrá los siguientes derechos amparados en la póliza:

I. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función al límite anual (la suma asegurada) mediante el sistema de reembolso, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia pactado para el pago de la prima de Seguro.

II. Cobrar una indemnización por mora si Bupa no cumple con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, una vez de haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido reportada.

III. En caso de controversia, podrá acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):

Avenida Ejército Nacional 843-B. Edificio Corporativo Antara I, piso 9. Col. Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo. C.P. 11520, Ciudad de México.
Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339
Correo electrónico: une@bupa.com.mx

O bien acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

3. ALCANCE DE LA COBERTURA CONTRATADA

Bupa se obliga, mediante el pago de la prima, a cubrir de manera directa o a reembolsarle, los gastos médicos cubiertos de conformidad con los términos, condiciones y límites estipulados en su póliza de seguro

4. ¿CÓMO PUEDE CONSERVAR LA COBERTURA CONTRATADA?

La cobertura contratada se conserva mediante el pago oportuno de la prima o fracción de ésta en caso de haber pactado su pago en parcialidades.

La cobertura contratada también puede ser conservada mediante la renovación del contrato, considerando las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación, de conformidad con las condiciones generales del contrato.

5. CAUSAS POR LAS QUE PUEDE TERMINAR SU CONTRATO

La vigencia de la póliza de seguro dejará de surtir sus efectos en la fecha de terminación, indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual y/o en la credencial del asegurado, o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

a. Entregue a Bupa una solicitud por escrito de cancelación de la póliza de seguro

b. Por la terminación del periodo de gracia para el pago de la prima, salvo que sea rehabilitada en términos de las condiciones generales pactadas en el contrato.

Nota para el Asegurado:
En caso de que requiera más información sobre sus condiciones generales o las coberturas que su póliza ampara, podrá consultarlas en la siguiente dirección de internet: www.bupasalud.com.mx o también puede comunicarse a nuestro centro de atención telefónica a los siguientes números:
Centro de Contacto:
Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 17 horas y Sábado de 8:00 a 15:00 horas.
Ciudad de México y área Metropolitana: 55 5202 1701
Interior de la República sin costo de larga distancia: 800 326 3339 y 800 227 3339

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 integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 25 de junio de 2024, con el número CGEN-H0719-0004-2024/G-01639-001