CONDICIONES GENERALES BUPA DIAMOND CARE SL

BUPA MÉXICO

CONTENIDO:

1. Definiciones 4
2. Cobertura Básica 10
3. Exclusiones y Limitaciones 17
4. Cláusulas Generales 21
5. ¿Cómo utilizar la póliza? 26
6. Aviso de Privacidad 30

1. DEFINICIONES

1.1 ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, involuntaria, imprevista, fortuita, súbita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica, debe recibirse dentro de los primeros diez (10) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento con la aplicación del deducible correspondiente.

1.2 ACTIVIDADES PELIGROSAS O DE ALTO RIESGO

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

1.3 ANEXO

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

1.4 AÑO CALENDARIO

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

1.5 AÑO PÓLIZA

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

1.6 ASEGURADO

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

1.7 ASEGURADO TITULAR

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

1.8 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

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

1.9 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

Sin menoscabo de la Suma Asegurada contratada que se detalla en la carátula de la Póliza, se establecen $200,000,000 (Doscientos millones de pesos 00/100 MXN) como la cantidad máxima acumulada que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento de acuerdo con las condiciones y términos señalados en el contrato de seguro, salvo las Enfermedades o Padecimientos a los que se les especifique una Suma Asegurada de por Vida y así aparezca descrita en las condiciones generales o en la Tabla de Beneficios.

1.10 CARÁTULA DE LA PÓLIZA

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

1.11 CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO

Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.

1.12 COASEGURO

Es el porcentaje señalado en la carátula de la póliza que pagará el asegurado del total de los gastos de ciertos beneficios cubiertos por la póliza que el asegurado debe pagar en adición al deducible.

El coaseguro se calcula después de aplicar el deducible correspondiente.

1.13 COASEGUROS ADICIONALES

Independientemente al coaseguro contratado en la póliza, podrán aplicar otros coaseguros que están debidamente señalados en estas condiciones generales, como es de forma enunciativa más no limitativa, el coaseguro del treinta por ciento (30%) por no obtener la segunda opinión quirúrgica requerida, o del quince por ciento (15%) por no dar aviso oportuno a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica.

1.14 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD

Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea en ningún caso son consideradas una complicación de la maternidad.

1.15 COMPLICACIONES DEL PARTO

Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

1.16 CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS

Cualquier enfermedad o padecimiento existente antes del nacimiento, independientemente de la causa y de si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

1.17 CONDICIONES PREEXISTENTES

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

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

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

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

1.18 CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)

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

durante un período determinado con anterioridad. Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios. El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

1.19 COPAGO

Cantidad fija de dinero que el Asegurado cubre directamente al prestador de servicios médicos por cada atención que reciba, en los casos y por los montos que se indican en la Tabla de Coberturas y Beneficios.

1.20 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE

Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

1.21 CUIDADOS PALIATIVOS

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

1.22 CUIDADOS PERSONALES

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

1.23 CULPA GRAVE

Toda acción u omisión dolosa o deliberada del Asegurado, o que implique una negligencia grave e inexcusable de su parte.

1.24 DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL

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

1.25 DEDUCIBLE

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

1.26 DEDUCIBLE MÁXIMO POR FAMILIA

Es la cantidad máxima por póliza (máximo 2 deducibles individuales) por concepto de pago de deducible, mismo que debe ser pagado por cada asegurado por año póliza.

1.27 DEPENDIENTE

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

1.28 DONANTE

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

1.29 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.30 EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

1.31 ENDOSO

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

1.32 ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO

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

1.33 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

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

1.34 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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

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

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

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

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

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

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

1.35 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

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

1.36 ENFERMERO(A)

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

1.37 EPIDEMIA

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

1.38 EXPEDIENTE CLÍNICO

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de

cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

1.39 FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.

1.40 FECHA DE RENOVACIÓN

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

1.41 FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse

1.42 FECHA EFECTIVA

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

1.43 GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

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

1.44 HONORARIOS DE ANESTESISTA

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

1.45 HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE

Cargos del médico o cirujano que ayudan al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.

1.46 HOSPITAL

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

1.47 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO

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

1.48 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Grupo de hospitales y proveedores con los que Bupa tiene celebrados convenios con el propósito de proporcionar beneficios de la cobertura de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y proveedores en convenio para procedimientos de trasplante está disponible en USA Medical Services o en Bupa Servicios de Evaluación Médica y está sujeta a cambios sin previo aviso.

1.49 HOSPITALIZACIÓN

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

1.50 INFARTO

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

1.51 LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

1.52 LÍMITE MÁXIMO

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

1.53 MÉDICAMENTE NECESARIO

El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o

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

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

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

1.54 MEDICAMENTOS RECETADOS

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

1.55 MÉDICO O DOCTOR

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

1.56 MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

1.57 PADECIMIENTO CONGÉNITO

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

1.58 PAÍS DE RESIDENCIA

El país:

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

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

1.59 PANDEMIA

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

1.60 PERÍODO DE GRACIA

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

1.61 PLAN

Características de la póliza que elige el asegurado al momento de contratar el Seguro como: suma asegurada, deducible, coaseguro en caso de aplicar, mismas que vienen señaladas en la Solicitud del Seguro.

1.62 PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE

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

1.63 QUEJA

En singular o plural, a la oposición o desacuerdo que presente el Contratante o el Asegurado ante Bupa, respecto de los productos o servicios contratados.

1.64 RECEPTOR

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

1.65 RECIÉN NACIDO

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

1.66 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

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

1.67 SERVICIOS AMBULATORIOS

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

1.68 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

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

1.69 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

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

1.70 SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

1.71 SIGNOS

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

1.72 SÍNTOMA

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

1.73 SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE

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

1.74 SOLICITUD DE SERVICIOS

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

1.75 SUMA ASEGURADA DE POR VIDA

Monto en dólares de los Estados Unidos de América asignado para determinados padecimientos la cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de suma asegurada único por todo el tiempo que dure el seguro, así como sus renovaciones.

1.76 SUMA ASEGURADA POR PERSONA POR AÑO PÓLIZA

Monto en millones de dólares americanos por Asegurado, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por Asegurado, por año póliza.

1.77 TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en la carátula de la póliza.

1.78 TERAPIA GÉNICA

Técnica o conjunto de técnicas que tienen como objetivo el tratamiento y/o curación de enfermedades a través de la modificación, eliminación, reparación y/o incorporación de secuencias genéticas al genoma de células humanas, mediante el uso de productos para terapia génica.

1.79 TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA

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

1.80 TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE

Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

1.81 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

1.82 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

1.83 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 aún no cuentan con autorización para su aplicación por las diferentes autoridades de salud, tales como la Secretaría de Salud o la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.

1.84 TUTOR LEGAL

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

1.85 VIGENCIA

Periodo de validez del Contrato.

2. COBERTURA BÁSICA

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 su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza está sujeta al uso de hospitales y/o proveedores en convenio. Si su póliza está sujeta al uso de hospitales y/o proveedores en convenio, ningún beneficio será pagadero por servicios prestados fuera de dicha red, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de Tratamiento Médico de Emergencia.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los beneficios cubiertos y deducibles se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de América.

2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS

Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. La cobertura hospitalaria aplica de acuerdo a su producto y plan contratado, la cual queda establecida en la Tabla de coberturas y beneficios que forma parte de la carátula de su póliza.

(a) Para cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa, siempre y cuando la Tabla de coberturas y beneficios del producto así lo permita:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están limitadas a un beneficio máximo señalado en la Tabla de Beneficios.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas a un beneficio máximo señalado en la Tabla de Beneficios.

(b) Para cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.

(c) La alimentación de invitados bajo esta cobertura está limitada a un beneficio máximo señalado en la Tabla de Beneficios

(d) Los cargos incluidos en la factura del hospital por llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos estarán cubiertos.

(e) El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

2.2 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO CON BUPA

Para los productos restringidos a cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio indicado en la carátula de su póliza, Bupa cubrirá los gastos cubiertos de acuerdo al plan elegido por el Asegurado, bajo los límites estipulados en la carátula de su póliza y que sea con los médicos y hospitales con los que Bupa tenga convenio específico para el plan elegido, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué médico u hospital en convenio donde quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza, excepto para emergencias.

(a) La lista de hospitales y médicos en convenio con Bupa para el plan contratado, está disponible en USA Medical Services, Bupa Servicios de Evaluación Médica o en la página web www.bupasalud.com.mx, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

(b) Para asegurar que el hospital y/o proveedor tenga convenio con Bupa para el plan elegido, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(c) Podrá proceder el pago directo a hospitales y/o proveedores, previa aplicación de deducibles o coaseguros según sea el caso, siempre que (i) el hospital o proveedor se encuentre debidamente certificado por el Consejo de Salubridad General o su similar en el país que le corresponda y (ii) el Proveedor acepte las

formas de pago establecidas por Bupa y que la atención sea coordinada por USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(d) En los casos en los que los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para el plan elegido no estén especificados en el país de residencia del Asegurado, no existirá restricción sobre los hospitales certificados que el Asegurado podrá utilizar en su país de residencia.

2.3 HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

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

(a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento, o

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

(d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

2.4 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO

Los gastos incurridos en el hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios que forma parte de la carátula de su póliza.

2.5 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza está cubierta de acuerdo a los límites establecidos en la Tabla de coberturas y beneficios de la carátula de la póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.

El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

2.6 COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

(Consulte su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza ofrece este beneficio)

Las complicaciones de maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, estarán cubiertos como sigue:

(a) Un beneficio máximo de por vida indicado en la Tabla de coberturas y beneficios de la póliza, el cual incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo cualquier otro plan y/o anexo adicional de Bupa.

(b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las coberturas de “Cuidado de Maternidad” (numeral 2.14) y “Cobertura para el Recién Nacido” de esta póliza.

(c) Este beneficio no aplicará para complicaciones relacionadas a cualquier enfermedad o padecimiento excluido o no cubierto bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido que resulten de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

(d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio. Para las pólizas que no incluyen esta cobertura, se ofrece la opción de la contratación del endoso denominado “Endoso para Complicaciones Perinatales y del Embarazo” bajo los términos y condiciones en él señalados, sin que su contratación implique el otorgamiento del beneficio “Cuidado de Maternidad”. Este endoso no está disponible para los hijos dependientes incluidos en esta póliza.

2.7 DEDUCIBLE

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

(a) Un deducible por asegurado, por año póliza, el cual deberá cubrir el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada.

(b) Un deducible máximo por póliza igual a 2 (dos) deducibles individuales por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles individuales fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ha sido satisfecho y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia deberá ser cubierto por el Asegurado, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el Asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.

(c) Los gastos incurridos por el asegurado durante los últimos 3 (tres) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. La fecha que será tomada en cuenta para identificar los gastos incurridos será la fecha de prestación de los servicios descritos dentro de la factura, independientemente de que la factura tenga una fecha posterior. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos incurridos aplicables al deducible durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

(d) En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica haya ocurrido dentro de los diez (10) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura o deriven de politraumatismos.

(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.

2.8 DIAGNÓSTICO

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

2.9 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

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

2.10 PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA ASISTIR CON EL DIETISTA

Cada Asegurado tiene derecho un número específico de consultas con un especialista en dietética autorizado, por año póliza indicado en la carátula de su póliza. Las consultas deben ser prescritas por un médico, y en todos los casos el reclamo debe incluir una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

2.11 TRASLADO DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solamente está cubierto si está relacionado con una condición amparada bajo esta póliza cuyo tratamiento no pueda ser proporcionado localmente y el transporte por cualquier otro método pueda resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hasta la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave usada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Transporte por ambulancia aérea:

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

(b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio está indicada en la Tabla de Coberturas y Beneficios.

(c) El Asegurado se compromete a mantener a Bupa, USA Medical Services a Bupa Servicios de Evaluación Médica y a cualquier compañía afiliada con Bupa, con USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica por medio de formas similares de propiedad o administración, libre de responsabilidad por cualesquier demoras o restricciones en los vuelos, causados por problemas mecánicos, por

restricciones gubernamentales o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.

2.12 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

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

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

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

2.13 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, una extensión de tiempo hasta por treinta (30) días más. En caso de no contar con dicha autorización, el reclamo será denegado. Este beneficio está limitado a un máximo de noventa (90) días, por incidente, por año póliza, el cual está sujeto al mismo límite indicado en la Tabla de Beneficios. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

2.14 CUIDADO DE MATERNIDAD

(Consulte su Tabla de coberturas y beneficios para saber si su póliza ofrece este beneficio)

Este beneficio aplicará para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquellos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.

(a) El beneficio máximo para esta cobertura está indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y aplica por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.

(b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, parto por cesárea, complicaciones de la maternidad están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.

(c) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes de dieciocho (18) años de edad o más. Para tener cobertura bajo este beneficio, la hija dependiente de dieciocho (18) años o más deberá solicitar cobertura y ser aprobada bajo su propia póliza por separado.

(d) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aun cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta póliza haya sido eliminado.

(e) No estará cubierto ningún gasto derivado de procedimientos de subrogación de vientre o madre sustituta.

2.15 COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

I. Si nace de un embarazo cubierto:

(a) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura “Cuidado de Maternidad” de esta póliza.

(b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una “Notificación de Nacimiento” que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso y la

fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito en el numeral 2.6 de esta póliza.

II. Si nace de un embarazo NO cubierto, no gozará de la cobertura provisional. En caso de un embarazo no cubierto, se podrá agregar al recién nacido a la póliza, cumpliendo con la obligación de pago de la prima, en los términos de la cláusula de Pago de Prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de Bupa. Sin embargo, si la madre o el padre asegurado del recién nacido tiene por lo menos diez (10) meses de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta sin evaluación de riesgo.

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.

2.16 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y EL TABIQUE NASAL

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por fractura derivada de un trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

2.17 SERVICIOS AMBULATORIOS

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

2.18 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Se cubrirán las primeras veinte (20) sesiones relacionadas con el diagnóstico, sin necesidad de autorización previa, siempre y cuando dichas sesiones sean médicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos expedidas por las autoridades competentes; las subsecuentes deberán de ser pre autorizadas por Bupa y sustentadas con un informe médico que indique la evolución del paciente así como la justificación médica acorde. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, una extensión de tiempo hasta por el mismo número de sesiones cubiertas inicialmente. En caso de no contar con dicha autorización, el reclamo será denegado. Se requiere presentar por adelantado la evidencia médica y el plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación.

2.19 MEDICAMENTOS RECETADOS

Los medicamentos prescritos mediante receta médica para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo la póliza estarán sujetos a lo siguiente:

(a) Hospitalización: Los medicamentos recetados y administrados durante la hospitalización, se cubrirán al cien por ciento (100%) y los recetados derivados de la hospitalización para su administración posterior, estarán cubiertos al cien por ciento (100%) hasta por un plazo máximo de seis (6) meses después de la hospitalización.

(b) Sin hospitalización: Los medicamentos recetados que son prescritos sin hospitalización o que son derivados de una cirugía ambulatoria, están cubiertos hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios. En todos los casos deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

2.20 CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

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

i. Estarán cubiertas después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.

ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. Esta condición es aplicable aun cuando, derivado de la evaluación médica, la póliza fue emitida con aprobación estándar.

(b) Las que no son declaradas y son conocidas por el Asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado de conformidad con los artículos 8, 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.21 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá hasta el monto indicado en la Tabla de coberturas y beneficios por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del Asegurado, siempre y cuando la muerte sea resultado de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a los servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.22 TRATAMIENTOS ESPECIALES

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

2.23 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece a través de hospitales y/o proveedores en convenio para procedimientos de trasplante. No se proporcionará cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores con los que Bupa tiene celebrado convenio. El beneficio máximo pagadero para este beneficio está indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y es por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer descrito en la Tabla de Beneficios. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por un médico, haya sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y haya sido aprobada por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, y está sujeta a todos los términos, gastos cubiertos y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

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

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

(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta por el máximo señalado en la Tabla de Coberturas y Beneficios, por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.

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

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

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

2.24 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

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

2.25 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de cuatro (4) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado de por vida es el indicado en la Tabla de Beneficios.

2.26 PERÍODO DE ESPERA

(a) Esta póliza tiene un período de espera general de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Es el período a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de (i) accidentes que habiendo causado una lesión hagan necesaria una hospitalización inmediata, como politraumatismos, (ii) enfermedades agudas de origen infeccioso, y (iii) infartos y enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

(b) Algunos beneficios cubiertos están sujetos a períodos 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 período de espera específico correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

2.27 ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Bupa eliminará el período de espera general solamente si:

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

(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los treinta (30) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

(c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro, y

(d) Bupa recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Esta eliminación del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.

2.28 CIRUGÍA BARIÁTRICA

Bupa otorgará la cobertura por cirugía bariátrica por única vez en la vida del Asegurado, considerándola como enfermedad cubierta siempre que el Asegurado:

(a) Tenga un índice de masa corporal con valor mayor de cuarenta (40), o bien

(b) Tenga al momento del reclamo un índice de masa corporal mayor a treinta y cinco (35) y presente alguna de las siguientes comorbilidades:

i. Diabetes tipo II

ii. Hipertensión arterial

iii. Apnea obstructiva del sueño severa

iv. Osteoartropatías severas

v. Candidatos a cirugía de reemplazo articular

Las anteriores comorbilidades serán aceptadas siempre que no hayan sido mencionadas como exclusión específica o que hayan sido consideradas preexistentes al momento de la compra de la póliza.

La suma específica para este procedimiento y cualquier complicación relacionada al mismo será hasta por el límite indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y únicamente cubrirá los procedimientos de manga gástrica, banda gástrica ajustable, bypass gástrico y switch duodenal, y su atención deberá realizarse sólo con hospitales y/o proveedores seleccionados por el Asegurado bajo su exclusiva responsabilidad de entre los proveedores en convenio con Bupa y coordinados mediante el servicio médico de dictamen de Bupa.

Al ser considerada como enfermedad, se aplicará el deducible y coaseguro específico que esté en vigor al momento del uso de la cobertura.

Se establece que para acceder a este beneficio se cuente con un período de continuidad ininterrumpida como Asegurado en Bupa durante dos (2) años a partir de la inclusión de la cobertura en su póliza y que una vez transcurrido dicho período, el Asegurado afectado sea menor de sesenta (60) años de edad.

2.29 ACTIVIDADES PELIGROSAS

Se otorga cobertura para las actividades peligrosas de forma amateur, profesional o por compensación, siempre y cuando hubiesen sido declaradas y estén cubiertas en la Tabla de Beneficios. Cualquier actividad peligrosa posterior al ingreso a esta póliza, deberá ser comunicada a Bupa para su análisis y posible cobertura.

2.30 BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES

Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta el máximo indicado en la Tabla de coberturas y beneficios y es por Asegurado, por año póliza. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial. Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente). Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.31 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR:

En caso de que fallezca el Asegurado Titular, Bupa eximirá a los dependientes cubiertos del pago de las primas que se generen hasta por el período indicado en la Tabla de Beneficios, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debe a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. Este beneficio aplica solamente a los

dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge/concubina(o) 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 extendida no aplica a ningún anexo de cobertura adicional. Esta cobertura aplica siempre y cuando se encuentre como amparada en la Tabla de Beneficios.

2.32 TERAPEUTA COMPLEMENTARIO

Solamente el tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra, así como acupuntura, tratamiento homeopático o tratamiento para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico y desórdenes de sueño, serán cubiertos bajo este beneficio. Se cubrirá un máximo de visitas/sesiones bajo este beneficio, por Asegurado, por año póliza estipulado en la Tabla de Beneficios.

Esta cobertura aplica siempre y cuando se encuentre como amparada en la Tabla de Beneficios.

2.33 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA

Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, Para efectos de esta cobertura se entenderá como copago la cantidad fija de dinero que el asegurado cubre directamente al prestador de servicios médicos por cada atención que reciba.

2.34 TERAPIAS GÉNICAS

Quedan cubiertas las terapias génicas que hayan sido prescritas por el médico especialista en medicina genómica, relacionadas con las enfermedades cubiertas por esta póliza, a excepción de lo expresamente excluido en estas Condiciones Generales.

Mismas que deben ser autorizadas por las autoridades sanitarias para la venta en el territorio nacional y por las autoridades que correspondan en el extranjero, siempre y cuando cumplan con los criterios de las guías de uso tanto nacionales y/o internacionales.

Este beneficio se encontrará cubierto hasta la suma asegurada contratada para la póliza indicada en la carátula y con un coaseguro adicional del 50% sin tope e independientemente al contratado en la cobertura básica del plan para cada asegurado, una vez descontado el deducible.

Todos los procedimientos que deriven a una terapia génica deberán ser notificados a Bupa, independientemente de cualquiera que sea su lugar de aplicación, se deberán programar con al menos 10 días hábiles antes del evento.

Exclusiones Particulares:

Quedan excluidos de esta póliza; y cualquiera que sea la causa que los ocasione, todos los gastos relacionados con tratamientos, procedimientos, medicamentos, infusiones, o intervenciones médicas relacionadas con terapias génicas como tratamientos de enfermedades no cubiertas por esta póliza y que tienen como objetivo modificar genes con defectos, inactivar o eliminar los que no funcionan, o bien, introduciendo genes nuevos; utilizando algún tipo de vector para introducción al cuerpo o en células fuera del mismo cuerpo. Se consideran las siguientes como enunciativas, mas no limitativas:

1. **Terapias génicas, entendidas como cualquier intervención médica o farmacológica que tenga como finalidad alterar, insertar, eliminar o reemplazar material genético dentro de las células del asegurado con el propósito de modificar su información genética de manera directa o permanente.**

2. Tratamientos genéticos experimentales, que se encuentren en fase de prueba clínica o no aprobados por las autoridades regulatorias competentes (como la COFEPRIS o sus equivalentes internacionales, como la FDA).
3. Tecnología de edición génica, como CRISPR/Cas9 u otros métodos emergentes, que modifique el genoma humano a nivel somático o germinal, independientemente de su etapa de desarrollo o aprobación.
4. Procedimientos o técnicas que impliquen la modificación directa o indirecta del material genético del asegurado con fines preventivos, aun cuando cuenten con la aprobación por parte de las autoridades sanitarias nacionales o internacionales.

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

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

(a) Que no sea médicamente necesario, o

(b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio, o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico, doctor o profesional de la medicina, o

(d) Que está relacionado con el cuidado personal, o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

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

3.2 Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos, auto infligidos por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado

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

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

3.4 **Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.**

3.5 **Tratamiento naturista, medicamentos naturistas u homeopáticos, quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se estipula en la sección 2. Cobertura Básica.**

3.6 **Cualquier enfermedad, lesión, complicación o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros noventa (90) días desde la fecha efectiva de la póliza, con excepción de lo dispuesto en la cláusula de período de espera.**

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

3.8 **Cualquier gasto relacionado con enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes a la contratación del seguro, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.**

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

3.10 **Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por**

el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que ha sido puesto bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

3.11 **Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos de un Asegurado hospitalizado, a menos que sean resultantes de una enfermedad o padecimiento cubierto. Tampoco estarán cubiertos los gastos incurridos por enfermedades mentales y/o desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier desorden del sueño, excepto como se estipula en la Tabla de Beneficios.**

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

3.13 **Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual y enfermedades de transmisión sexual, salvo lo previsto para el VIH/SIDA en el numeral 2.25.**

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

3.15 **Tratamientos para o como resultado de sobrepeso, obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el periodo de espera de dos (2) años y para asegurados que hayan cumplido los sesenta (60) años de edad.**

3.16 **Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**

3.17 **Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.**

3.18 **Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.**

3.19 **La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.**

3.20 **Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**

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

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

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

3.24 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, excepto como se estipula en el numeral 2.25.

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

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

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

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

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

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

3.31 Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa que no haya sido declarada por el Asegurado en la solicitud del seguro, ya sea por compensación o como profesional, excepto como se indica en Tabla de Beneficios.

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

3.33 Los gastos médicos que aun siendo médicamente necesarios sean erogados en proveedores y/o hospitales con los que Bupa no tenga convenio para el plan contratado, una vez superada la emergencia, excepto para los planes que lo indican en su Tabla de Beneficios.

3.34 Procedimientos de trasplante, excepto como se estipula bajo la Tabla de Beneficios.

3.35 Prótesis diferentes a las señaladas en los numerales 2.22 Tratamientos Especiales y 2.30 Brazos y Piernas Artificiales.

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

3.37 Alimentos, complementos y suplementos: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

4. CLÁUSULAS GENERALES

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

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

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

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

El monto de la prima le será devuelto al Asegurado Titular y/o el Contratante dentro de los 30 días posteriores a la solicitud, mediante cheque o transferencia electrónica.

4.2 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD

Esta póliza es emitida con base en los datos proporcionados en la solicitud. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta o alguna información ha sido omitida, Bupa podrá rescindir la póliza en términos de los artículos 8, 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.3 ELEGIBILIDAD

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

El contratante podrá adicionar dependientes a la póliza, los cuales estarán cubiertos desde la fecha efectiva que les corresponda. Los dependientes elegibles del titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 74 años, descendientes en línea recta o transversal, por consanguinidad, por parentesco civil o por afinidad que dependan económicamente del contratante, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos: también son elegibles los menores de edad para los cuales el contratante ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, así como dependientes por consanguinidad colateral en segundo grado, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. La cobertura está disponible para los dependientes del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los 23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo. Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir veinticuatro (24) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple veinticuatro (24) años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dichos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza. Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

4.4 AUTORIDAD

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

4.5 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

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

4.6 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

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

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

(b) El periodo de espera para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén

transcurriendo durante el cambio estarán cubiertos hasta el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio.

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

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

(e) No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada. Cuando el Asegurado modifique su plan durante su vigencia o al aniversario para incrementar beneficios que se encuentran limitados a una suma definida en su plan previo, durante los primeros noventa (90) días del cambio se mantendrá el beneficio contratado originalmente a fin de garantizar que el cambio no tiene la intención de cubrir un evento ya conocido y que por lo tanto su incremento de beneficio tomaría un carácter inequitativo en la condición de fortuito y no conocido que rige a la mutualidad que participa en estos planes. Superados los noventa (90) días, se activarán las sumas específicas del plan actual.

Esta consideración no aplica si es Bupa la que incrementa los beneficios como parte de la actualización anual que el plan ofrece y que a ese Asegurado corresponderá de forma general.

4.7 CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

La póliza podrá ser cancelada o no renovada a petición del Contratante mediante aviso dado por escrito a Bupa, o bien solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del Contratante se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio. La cancelación o no renovación de la póliza surtirá efecto en el momento en que al Contratante le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derecho de póliza, ni costo de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

La devolución de primas que en su caso proceda se realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de terminación del contrato, mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica.

Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Titular dirigido a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa.

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

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo setenta (70) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.

Ningún Asegurado será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

4.8 COBERTURA GEOGRÁFICA

Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.

4.9 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los gastos cubiertos por esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a las 00:01 horas 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 concluir el período de gracia sin que se haya pagado la prima, en términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la cláusula 4.18, o

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

(d) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente.

4.10 COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la 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. Lo anterior, 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. La reclamación deberá presentarse dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de Bupa a satisfacer las pretensiones del reclamante.

4.11 ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

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

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

(c) La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos. Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos que se envían al asegurado titular y/o contratante en formato impreso con el paquete inicial al contratar la póliza, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

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

4.12 EXÁMENES FÍSICOS

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

4.13 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA

El Contratante y/o Asegurado Titular estarán obligados a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del Asegurado Titular o de cualquier otro Asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante hayan omitido notificarle tales sucesos.

El Asegurado también estará obligado a proveerle a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación por parte de Bupa de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa extinguirá las obligaciones de Bupa respecto de dicha reclamación, en términos del artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc. que atienda o haya atendido al Asegurado por cualquier enfermedad o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado, quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

4.14 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

4.15 INTERÉS MORATORIO

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

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

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

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

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el

pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

(a) Los intereses moratorios;

(b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

(c) La obligación principal.

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

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

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

4.16 MONEDA

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

4.17 OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR

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

4.18 PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza, Bupa eximirá del pago de las primas hasta por dos (2) años contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de ésta a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza.

4.19 PAGO DE RECLAMACIONES

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

4.20 PERIODO DE BENEFICIO

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

(a) El agotamiento de la suma asegurada.

(b) El monto de gastos incurridos durante el período de vigencia de la póliza y hasta treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.

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

4.21 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo ochenta y uno (81) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo ochenta y dos (82) de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo sesenta y ocho (68) de la Ley

de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Bupa, en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

5. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

5.1 NOTIFICACIÓN A BUPA

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

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

La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros diez (10) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea médicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.

Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa, USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

5.2 ¿CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO?

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

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

En Ciudad de México: 55 5202 1701

Correo electrónico: atencioncliente@bupa.com.mx

Y las 24 horas del día, los 365 días del año:

En México sin costo: 800 326 3339

800 227 3339

En los EE.UU.: +1 305 275 1500

En los EE.UU. sin costo: +1 800 726 1203

Fax: +1 305 275 1518

Correo electrónico:

Para tramitar pago directo (atención médica nacional): dictamen@bupa.com.mx

Para reembolso (atención médica en México o en el extranjero): siniestros@bupa.com.mx

Para notificación de accidentes en México: dictamen@bupa.com.mx

Para notificación de accidente en el extranjero: usamed@bupalatinamerica.com

Servicios en línea www.bupasalud.com.mx

Sección “Mi Bupa”

Fuera de los EE.UU.: El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com.mx

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

5.3 SOLICITUD DE REEMBOLSO

El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados. El asegurado titular y/o contratante deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, mediante el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa. Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Para gastos complementarios, incluir siempre el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores. Los formularios de reclamación y de solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores pueden obtenerse comunicándose con su agente, con USA Medical Services, con Bupa Servicios de Evaluación Médica o directamente con Bupa por medio de Servicio al Cliente, o en la página web: www.bupasalud.com.mx

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

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

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

RFC: BMS030731PC4

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

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

En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

Este plan de seguro denomina los beneficios cubiertos en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta póliza independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la suma asegurada considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por Bupa a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la suma asegurada considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.

En caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área geográfica en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado.

En caso de que el asegurado titular y/o contratante fallezcan, Bupa pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del asegurado titular y/o contratante.

Para pago directo o reembolso, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de:

(a) Aprobar un pago directo, o

(b) Reembolsar al asegurado titular y/o contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Bupa cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos cincuenta y dos (52), cincuenta y tres (53) fracción I y cincuenta y cinco (55) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). “Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.” (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. Bupa consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de

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

5.5 QUEJAS

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio

Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía

Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México

Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339

Correo electrónico: une@bupa.com.mx

Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas

O bien, el asegurado titular y/o contratante podrá acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle,

Ciudad de México, C.P. 03100

Teléfono: 55 5340 0999 / 800 999 80 80

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

5.6 COMITÉ DE APELACIONES

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de competencia, en caso de un desacuerdo entre el Asegurado y Bupa sobre esta póliza de seguro y/o sus coberturas, el Asegurado puede solicitar una revisión del caso por el “Comité de Apelaciones” de Bupa antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.

Esta petición debe incluir un escrito que contenga lo siguiente:

(a) Nombre completo del asegurado y/o contratante.

(b) Motivo de la queja o reclamación especificando las cuestiones sobre las cuales requiere pronunciamiento.

(c) Documentos soporte de la queja o reclamación.

(d) Lugar, fecha y firma del asegurado y/o contratante.

Dichas apelaciones deben ser enviadas al correo atencioncliente@bupa.com.mx. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si es necesaria información y/o documentación adicional y en caso de ser necesario, realizará los trámites para obtenerla oportunamente.

Una vez validada la documentación, se asignará folio de seguimiento y dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles, el Comité de Apelaciones notificará al asegurado titular y/o contratante su resolución, el fundamento y el razonamiento en que se basó para dicha resolución, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante.

Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el asegurado titular y/o contratante. Dicho recurso no tiene costo alguno para el asegurado titular y/o contratante.

5.7 ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y

resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.

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

5.8 PRUEBA DEL CONTRATO

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

5.9 REHABILITACIÓN

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

(a) El Contratante o Asegurado Titular lo soliciten por escrito a Bupa.

(b) El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.

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

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

5.10 RENOVACIÓN GARANTIZADA

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

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

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, de acuerdo con los productos que Bupa tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar con información suficiente, homogénea y confiable conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

5.11 SUBROGACIÓN

En términos del artículo 163 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño; el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato..

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

6. AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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 10 de octubre del 2026 con el número CNSF-H0719-0113-2026/CONDUSEF-007424-01.

Anexo de Transcripción de los Artículos Citados en las Condiciones Generales de la Póliza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo

deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

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

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

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

Artículo 48.- Para los efectos del artículo anterior, la empresa comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

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

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

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

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituído a su favor.

84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

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

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

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

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

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

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

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

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

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de

prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

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

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

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

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

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

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

En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos. La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

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

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

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio. El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

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

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

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

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

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

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

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Que, a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones, o bien, cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente. Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXIII. La dación en pago con inmuebles y automóviles.

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

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

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

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

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

Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá prever en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento, los mecanismos con base en los cuales deban examinarse los antecedentes y propósitos de aquellas

Operaciones que deban ser presentadas al Comité para efectos de su dictaminación como Operaciones Inusuales, conforme a las presentes Disposiciones.

Los resultados del examen arriba señalado deberán constar por escrito y quedarán a disposición de la Secretaría y la Comisión, por lo menos durante diez años contados a partir de la celebración de la reunión del Comité en que se hayan presentado tales resultados.

Para facilitar el proceso de identificación de Operaciones Inusuales, la Secretaría deberá asesorar regularmente a las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros y proporcionar guías, información y tipologías que permitan detectar Operaciones que deban reportarse conforme a las presentes Disposiciones. En el proceso de determinación de las Operaciones Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán apoyarse en su Manual de Cumplimiento, así como cualquier otro documento o manual elaborado por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas y, además de esto, considerar las guías elaboradas por la Secretaría, así como por organismos internacionales y agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención y combate de operaciones con recursos de procedencia ilícita y de financiamiento al terrorismo, de los que México sea miembro, que dicha Secretaría proporcione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. Informar al área competente de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, respecto de conductas realizadas por sus directivos, funcionarios, empleados o apoderados, que provoquen que éstas incurran en infracción a lo

previsto en las presentes Disposiciones, o en los casos en que las personas señaladas contravengan lo previsto en las políticas, criterios, medidas y procedimientos previstos en el Manual de Cumplimiento, con objeto de que se impongan las medidas disciplinarias correspondientes.

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 10 de octubre del 2026 con el número

CNSF-H0719-0113-2026/CONDUSEF-007424-01.

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