CONDICIONES GENERALES GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN

BUPA MÉXICO

CONTENIDO

1. Definiciones.....4
2. Cobertura Básica 12
3. Exclusiones y/o Limitaciones 23
4. Cláusulas Generales 29
5. ¿Cómo utilizar la póliza? 35
6. Aviso de Privacidad 41

1. DEFINICIONES

Las definiciones contenidas en las presentes Condiciones Generales se tratan de términos que son importantes para su cobertura y aparecen señalados en **negrillas.**

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 y gasto, debe recibirse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento.

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

1.3 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.

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

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

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

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

1.8 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.
En caso de que se desee nombrar Asegurado titular a un menor de edad, éste actuará por medio de su representante legal que para efectos del contrato de seguro será el Tutor, el cual deberá ser nombrado de acuerdo con la legislación civil aplicable.

1.9 BENEFICIOS CUBIERTOS
Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en las presentes Condiciones Generales.

1.10 BUPA
Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., una institución de seguros autorizada en México.

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

1.12 COASEGURO
Es el porcentaje señalado en las presentes Condiciones Generales 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 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO
Patología o tratamiento de una situación adversa directamente imputable al embarazo o al alumbramiento. Se entenderá como complicaciones del Embarazo cualquiera de los siguientes supuestos, siendo enunciativos mas no limitativos:

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

1.14 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

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

1.15 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 periodo 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 periodo de espera específico de dicho beneficio establecido en las presentes Condiciones Generales.

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

1.16 CONTRATANTE

La persona física o moral que interviene en la celebración del contrato y que se obliga al pago de la prima.

1.17 CONTRATO

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

1.18 CUIDADO ASISTENCIAL

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

1.19 CUIDADOS INTENSIVOS

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

1.20 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.

1.21 CULPA GRAVE

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

1.22 DEDUCIBLE

El deducible individual es la cantidad anual de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario.

1.23 DEDUCIBLE MÁXIMO POR PÓLIZA

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.

1.24 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.

1.25 DONANTE

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

1.26 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.27 EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

1.28 ENDOSO

Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales.
Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

1.29 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Se consideran como parte de la misma Enfermedad, las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

1.30 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

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

1.31 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:

(a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
(b) Que en un expediente o informe médico se determine su existencia, signos o síntomas con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, 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 dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza, 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.

1.32 ENFERMERO(A)

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

1.33 EPIDEMIA

La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un periodo en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o 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.

1.34 EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)

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

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

1.35 ESTUDIOS GENÓMICOS

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

1.36 EXAMEN MÉDICO DE RUTINA

Evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado, donde evalúa la salud del Asegurado, que incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

1.37 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

1.38 EXPEDIENTE CLÍNICO

Al 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 cualesquiera otros tipos de gastos cubiertos bajo la póliza, el cual será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica y de acuerdo con los acuerdos que Bupa tiene con los hospitales y/o proveedores en convenio.

1.44 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 para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, 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.

1.45 HOSPITAL Y/O PROVEEDOR EN CONVENIO CON BUPA

Hospitales y médicos con los que Bupa tiene convenio y donde el asegurado puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.

1.46 HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o padecimiento también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización.

El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

1.47 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.

1.48 INBODY®

Dispositivo médico para analizar la composición corporal, determinando la cantidad de grasa, músculo y agua

presentes en el cuerpo.

1.49 LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

1.50 LÍMITE MÁXIMO

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

1.51 MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

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

1.52 MÉDICAMENTE NECESARIO

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

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

1.53 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.

1.54 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.

1.55 NUTRICIONISTA

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

1.56 OPERACIÓN QUIRÚRGICA

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

1.57 PACIENTE

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

1.58 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Enfermedad que está presente desde el nacimiento del bebé, puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del (“embrión/bebé/producto”; o un término más 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.

1.59 PAGO DIRECTO

Pago de los gastos médicos cubiertos por un Siniestro Amparado que Bupa realiza de manera directa a los Prestadores de Servicios Médicos previamente elegidos libremente por el propio Asegurado para su atención médica.

Este servicio se otorgará siempre y cuando la Institución Aseguradora cuente oportunamente con la información necesaria para verificar la procedencia del siniestro.

En el caso de optar por el beneficio de Pago Directo necesariamente el monto de gasto hospitalario deberá superar el monto del Deducible estipulado.

La Compañía únicamente es responsable del pago por Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

1.60 PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al asegurado titular o contratante y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a Bupa por escrito.

1.61 PAÍS DE RESIDENCIA

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

1.62 PANDEMIA

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

1.63 PERIODO AL DESCUBIERTO

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

1.64 PERIODO DE ESPERA ESPECÍFICO

Algunos beneficios cubiertos están sujetos a periodos de espera específicos, los cuales están establecidos en las presentes Condiciones Generales.

Esto significa que el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el periodo de espera específico correspondiente.

1.65 PERIODO DE ESPERA GENERAL

Es el periodo 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:

1) Accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata
2) politraumatismos
3) infartos
4) enfermedades agudas de origen infeccioso
5) enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente.

Exceptuando casos de accidente, en todos los casos anteriores 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

1.66 PERIODO DE GRACIA

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

1.67 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.

1.68 PÓLIZA

Su contrato de seguro con Bupa, tal como está descrito en la Cláusula 1 de las Condiciones Generales de la póliza.

1.69 POLITRAUMATISMO

Es aquel traumatismo que afecta a dos o más órganos o que produce al menos una lesión que pone en peligro la vida del paciente.

1.70 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS

Es el servicio mediante el cual la Institución Aseguradora autoriza el Pago Directo de los Gastos Médicos Amparados de un Siniestro.

1.71 PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA
Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas.

1.72 PRIMA
Aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que este le ofrece.

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

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

1.75 QUEJA
En singular o plural, la oposición o desacuerdo que presenten el asegurado y/o contratante a Bupa, respecto de los productos o servicios contratados.

1.76 SERVICIOS DE ENFERMERÍA
Servicios que bajo prescripción del Médico tratante y justificación médica, sean necesarios para la convalecencia y/o administración de Medicamentos de alta especialidad.

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

1.78 RENOVACIÓN
Cada aniversario de la fecha en que el asegurado fue incluido al Global Premier Health Plan.

1.79 RECLAMACIÓN FRAUDULENTA
Se refiere a la presentación de información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas, y/o alteradas; así como la omisión de la presentación de información verídica (ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados) en el trámite de un siniestro.

1.80 SINIESTRO
Evento o acontecimiento procedente derivado de un padecimiento y/o enfermedad y/o accidente previsto en el contrato.

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

1.82 SESIÓN
Tiempo de duración durante la aplicación de una terapia cubierta.

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

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

1.85 SUMA ASEGURADA
Monto en millones de dólares americanos asignado por asegurado y **por año póliza,** sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la carátula de la póliza y en las presentes Condiciones Generales 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, enfermedades o padecimientos cubiertos bajo la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza.
La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada **por año póliza,** reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos ocurridos durante el mismo año póliza.

Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado, **por año póliza** para los gastos incurridos por accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado, **por año póliza.**

1.86 SUMA ASEGURADA DE POR VIDA

Monto en pesos mexicanos asignado para determinados padecimientos el cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de suma asegurada único por todo el tiempo que dure el Contrato, así como de sus renovaciones.

1.87 TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA

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

1.88 TERAPIA COMPLEMENTARIA

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

1.89 TERAPIA OCUPACIONAL

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

1.90 TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

Un terapeuta ocupacional u ortopedista legalmente calificado y que cuente con licencia expedida por autoridad competente para practicar como tal en el país en donde el asegurado esté recibiendo el tratamiento.

1.91 TERAPEUTA COMPLEMENTARIO

Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el tratamiento.

1.92 TERAPEUTA DEL HABLA

Los profesionales deben estar debidamente entrenados y legalmente calificados para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o padecimientos del habla y deben tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde se esté recibiendo el tratamiento.

1.93 TERAPEUTA EN REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Profesional debidamente capacitado, que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad competente en el país en donde se recibe el tratamiento.

1.94 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.

1.95 TITULAR

La persona física a quien corresponden los datos personales.

1.96 TRASPLANTE

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

1.97 TRATAMIENTO

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

1.98 TRATAMIENTO PREVENTIVO

Conjunto de medidas farmacológicas, higiénicas, quirúrgicas o de cualquier otro tipo, dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad, que se cubre en forma indemnizatoria.

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

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

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

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

1.103 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.

1.104 VIGENCIA
Periodo de validez del Contrato.

2. COBERTURA BÁSICA

Aspectos importantes a considerar con respecto a los beneficios cubiertos por su Global Premier Health Plan:

2.1 SU COBERTURA
Bupa cubrirá los gastos del asegurado relacionados con los beneficios cubiertos, de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

2.2 BENEFICIOS CUBIERTOS
La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. **A menos que se indique lo contrario,** todos los beneficios son por asegurado y **por año póliza.** Por favor consulte las presentes Condiciones Generales para detalles sobre los beneficios cubiertos de su plan. específico y para saber si su plan proporciona cobertura únicamente dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa
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.
Bupa pagará los gastos derivados de los beneficios cubiertos después de satisfecho el deducible anual obligatorio correspondiente. **A menos que se indique lo contrario,** todos los beneficios están sujetos a deducible. Algunos beneficios cubiertos pueden estar sujetos a coaseguro. Por favor consulte las presentes Condiciones Generales para obtener esta información.
Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza estipulado en la carátula de la póliza.
El coaseguro se calcula después de aplicar el deducible correspondiente.
Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.
A los beneficios cubiertos pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

2.3 TRATAMIENTO AMBULATORIO

2.3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA
Bupa cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un especialista médico licenciado para ello.

2.3.2 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

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

(a) Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología
(b) Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.

(b) Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

2.3.3 HONORARIOS MÉDICOS

Bupa pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores como se indica en las presentes Condiciones Generales para:

a) Proponer un tratamiento.
b) Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente.
c) Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios.
d) Prescribir medicamentos.
e) Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) Consultas con especialistas, médicos o doctores relacionadas con planificación familiar, como las consultas para discutir sobre un posible embarazo o utilizar métodos anticonceptivos.

(b) Consultas para recibir tratamiento para asistir en la reproducción, como:

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

(c) Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.

2.3.4 ENFERMEROS CALIFICADOS

Bupa cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera especialización y sea médicamente necesario **como se indica en las presentes Condiciones Generales.**
Esta cobertura tiene un límite máximo de US$300 por día hasta por 80 días.

2.3.5 OSTEÓPATAS Y QUIROPRÁCTICOS

Bupa cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado.
Esta cobertura tiene un límite máximo de 30 (treinta) visitas por año póliza

2.3.6 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o padecimiento. Una vez que el asegurado se encuentre en territorio nacional y en caso de que sea medicamente necesario, los medicamentos deberán ser surtidos por proveedores nacionales, sin excepción.

2.3.7 EQUIPO MÉDICO DURABLE

Bupa cubrirá los gastos derivados de la utilización de Equipo Médico Durable y sus componentes

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

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

2.3.8 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 estarán sujetas a un copago de US$50 por cada atención médica sin aplicar deducible, cubierto hasta el monto contratado de la póliza.

2.4 TRATAMIENTO DENTAL

2.4.1 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON ACCIDENTES

Bupa cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al accidente y este haya sido notificado a Bupa de acuerdo con lo especificado en las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

Se excluyen piezas, restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio y osmio.

2.4.2 RESTAURACIÓN MAYOR NO ESTÉTICA

Este beneficio tiene un periodo de espera de 6 (seis) meses.

Transcurridos 6 (seis) meses desde que contrate su póliza de seguro Global Premier Health Plan, Bupa cubrirá los gastos hasta el límite de la suma asegurada particular para este beneficio **como se indica en las presentes Condiciones Generales,** derivados de:

(a) Puentes.
(b) Coronas.
(c) Implantes dentales.
(d) Dentaduras.

Esta cobertura tiene un límite máximo de US$500

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Cualquier complicación derivada de la restauración dental sin importar cuales fueran sus causas.**

2.5 HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

2.5.1 ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL Y ALIMENTOS

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

(a) Exista una necesidad médica de permanecer en el hospital
(b) El tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista y,
(c) La duración de su estadía sea médicamente justificada

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

2.5.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN

Bupa cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentos diarios para un acompañante , siempre y cuando el asegurado se encuentre recibiendo tratamiento cubierto.

2.5.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa cubrirá los gastos generados por:

(a) Sala de operaciones.
(b) Sala de recuperación.
(c) Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación.
(d) Medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital.

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

2.5.4 CUIDADOS INTENSIVOS

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

2.5.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

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

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

Los honorarios se pagarán de la siguiente manera:

(a) Honorarios del Cirujano Principal: 100% en base al gasto usual, acostumbrado y razonable
(b) Honorarios del Anestesista: 30% del total de honorarios aprobados para el cirujano principal
(c) Honorarios del Primer Asistente: 20% del total de honorarios aprobados para el cirujano principal
(d) Honorarios del Segundo Asistente: 10% del total de honorarios aprobados para el cirujano principal, siempre y cuando sea médicamente necesario para el procedimiento quirúrgico realizado
(e) Honorarios del Asistente Instrumentista: 5% del total de honorarios aprobados para el cirujano principal, siempre y cuando no esté incluido en los gastos hospitalarios

2.5.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

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

2.5.7 QUINESIÓLOGOS, FONOAUDIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS

Bupa pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por nutricionistas o quinesiólogos o fonoaudiólogos si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Los cuales deben contar con licencia para realizar su práctica por la autoridad competente en el país en donde se recibe el tratamiento.

Lo anterior será procedente siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o padecimiento principal se encuentre debidamente cubierto por esta póliza.

Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de Bupa. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**
(b) **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. .**
(c) **Complicaciones derivadas de enfermedades o padecimientos no cubiertos.**

2.5.8 CIRUGÍA POR OBESIDAD

Este beneficio tiene un periodo de espera de 24 (veinticuatro) meses.

Transcurridos 24 (veinticuatro) meses de la contratación de la póliza de seguro, Bupa podrá cubrir este tratamiento como se indica en las presentes Condiciones Generales, siempre y cuando sea médicamente necesario, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:

(a) Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 (cuarenta) o más confirmado en estudio inbody® y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,
(b) Tiene un IMC entre 35 (treinta y cinco) y 40 (cuarenta) confirmado en estudio inbody® y que por lo menos presente dos de las siguientes enfermedades: enfermedad cardiaca, hipertensión, diabetes, dislipidemia y/o artrosis degenerativa,
(c) Presenta evidencia documentada y firmada por su médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 (veinticuatro) meses, y
(d) Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de Bupa.

Importante: El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

Esta cobertura tiene un límite máximo de US$20,000 de por vida.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el periodo de espera de 24 (veinticuatro) meses y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.**

2.5.9 PRÓTESIS

Bupa podrá pagar la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente. Bupa pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos remplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por Bupa.**

2.5.10 IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

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

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

Aparatos (ejemplos):

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

Los implantes prostéticos y aparatos deben ser autorizados previamente por Bupa. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados según el gasto usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.
Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

2.5.11 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, padecimiento, lesión o cirugía.
Bupa podrá pagar por la cirugía cuando el padecimiento original, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.
El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento.
Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

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

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

2.6 REHABILITACIÓN Y/O CUIDADOS PALIATIVOS

2.6.1 ENFERMERÍA EN CASA

Bupa cubrirá los gastos que erogue el asegurado después de tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:

(a) Sea recetado por el médico del asegurado,
(b) Comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital,
(c) Se reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital,
(d) Sea proporcionada por un(a) enfermero(a) calificado(a) en la casa del asegurado, y
(e) Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos (no incluye cuidados asistenciales).

Esta cobertura tiene un límite máximo de US$300 por día hasta por 80 (ochenta) días por año

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.

2.6.2 CUIDADOS PALIATIVOS

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

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

Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

2.6.3 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

Bupa pagará por la rehabilitación multidisciplinaria y fisioterapia durante hospitalización o como tratamiento ambulatorio, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas y ocupacionales como resultado de una condición que requiera dicho tratamiento.

Bupa sólo cubrirá los gastos por rehabilitación y fisioterapia cuando cumpla con los siguientes requisitos:

(a) El tratamiento derivado de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto por la póliza.
(b) Bupa cubrirá las sesiones indicadas en las presentes Condiciones Generales, relacionadas con el diagnóstico sin necesidad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos, expedidas por las autoridades competentes.
(c) Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la rehabilitación multidisciplinaria.
(d) De ser necesario continuar con el tratamiento por más de cuatro meses, se requerirá actualizar el informe médico para la evaluación correspondiente.

Esta cobertura tiene un límite de 80 sesiones por año póliza.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) Habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.

2.7 CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS Y/O PACIENTES AMBULATORIOS

2.7.1 IMAGENOLOGÍA AVANZADA

Bupa cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:

(a) Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM).
(b) Tomografía computarizada (TC).
(c) Tomografía por emisión de positrones (PET).

Los estudios deberán ser recomendados por el médico del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.

2.7.2 CONDICIONES CONGÉNITAS

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es **como se indica en las presentes Condiciones Generales para:**

(a) Condiciones que se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 (dieciocho) años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente y hasta la suma de US$500,000 de por vida por padecimiento.
(b) Condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 (dieciocho) años de edad o posteriormente. Hasta el límite máximo de póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.

2.7.3 CIRUGÍA PROFILÁCTICA

Bupa cubrirá la cirugía profiláctica únicamente para el cáncer ginecológico (mastectomía, histerectomía y/o ooforectomía). El periodo de espera aplicable para esta cobertura será de 12 (doce) meses.

La cirugía tendrá una cobertura hasta el límite indicado en las presentes Condiciones Generales, por asegurado de por vida, después de la aplicación del deducible, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

(a) Que la asegurada cuente con una predisposición conocida al cáncer confirmada por una prueba BRCA 1 y/o 2 positiva, realizada en fecha posterior al término del periodo de espera de este beneficio.
(b) Que los servicios sean preautorizados por la aseguradora.

La suma asegurada contempla todos los gastos del procedimiento y sus complicaciones si las hubiese, así como los gastos de las pruebas que se emplearon para determinar la predisposición genética mencionada.

La cirugía profiláctica y los gastos derivados de la misma deberán ser gestionados por medio de reembolso.
Esta cobertura tiene un límite máximo de US$25,000 de por vida.

Exclusión particular

No se cubrirán los costos de ninguna prueba genética si no derivó en un procedimiento quirúrgico profiláctico.

2.7.4 TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER

Bupa cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento de cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.
El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento.
Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por la autoridad en salud en el país donde se recibe el tratamiento o que no estén debidamente aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) EMA (Agencia Europea de medicamentos) y la NCCN (National Comprehensive Cancer Network).**

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

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

El asegurado deberá comunicarse con Bupa con anticipación para recibir autorización previa antes de proceder con su tratamiento.

2.7.5 COBERTURA DE TRASPLANTES

Bupa cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:

(a) Córnea
(b) Intestino delgado
(c) Riñón
(d) Riñón/páncreas
(e) Hígado
(f) Corazón
(g) Pulmón
(h) Corazón/pulmón
(i) Médula ósea (no relacionado con cáncer)

El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento.
Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.
Bupa cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:

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

Esta cobertura tiene un límite máximo de US$800,000 por diagnóstico de por vida.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

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

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

2.7.6 DIÁLISIS RENAL

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

2.7.7 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Este beneficio tiene un periodo de espera de 36 (treinta y seis) meses.
Bupa cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) después de 36 (treinta y seis) meses de vigencia continua en esta póliza. Bupa cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este periodo.
Esta cobertura tiene un límite máximo de US$500,000 de por vida.

2.7.8 ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades peligrosas o deportes peligrosos o de alto riesgo, de forma ocasional o amateur.

Exclusiones particulares: Se excluyen las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica profesional o por compensación de cualquier actividad o deporte. No se cubren los gastos médicos derivados de la práctica los siguientes deportes y/o actividades de alto riesgo, enlistados de manera enunciativa mas no limitativa:

- **Escalada en roca**
- **Montañismo**
- **Alpinismo**
- **Deportes aéreos (acrobáticos, paracaidismo, parapente, parasailing, sky diving, salto con traje de alas**
- **Bungee jumping**
- **Esquí fuera de la pista**
- **Buceo tipo con tanque (scuba diving) debajo de los 60 (sesenta) pies**
- **Rafting en aguas sobre clase 3 (tres)**
- **Salto tipo clavado fuera de una alberca o piscina (cliff diving)**
- **Carrera de vehículos con motor fuera de una pista.**

2.7.9 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 caratula 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 ocasionan, 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 de el mismo cuerpo. Se consideran las siguientes como enunciativas, más 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 COFEPRIS o equivalentes internacionales 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 terapéuticos, preventivos aun cuando cuenten con la aprobación por parte de las autoridades sanitarias nacionales o internacionales.

2.8 MATERNIDAD

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses y aplica únicamente en planes que hayan sido contratados con deducible US1,000 o US2,000.
La suma asegurada máxima para este beneficio será de $6,000 en caso de parto normal y cesárea.
Si la madre y el padre han estado cubiertos por el mismo plan y póliza cumpliendo ambos el periodo de espera de 10 (diez) meses, el beneficio máximo de maternidad (parto normal en hospital o cesárea) se incrementará quedando en US$7,000.
Bupa pagará solamente a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente los gastos derivados del embarazo hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada.
El periodo de espera no podrá ser eliminado bajo ningún motivo. En caso de cambio de plan con endoso de continuidad de cobertura, este periodo de espera deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

(a) Tratamiento para asistir en la reproducción, como:
- **Fertilización in-vitro (IVF)**
- **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
- **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) GLOBAL Premier Health Plan 24**
- **Inseminación artificial (IA)**
- **Medicamentos recetados para la fertilidad**
- **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra) o gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**

(b) Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tales como consultas con el doctor para discutir la posibilidad de embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

(c) Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.

(d) Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.

Esta cobertura no aplica para ninguna otra asegurada dependiente. Para disfrutar de este beneficio, la asegurada dependiente que no sea cónyuge o concubina deberá optar por una póliza independiente donde sea la asegurada titular de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva asegurada.
En caso de cambio de plan es posible que este beneficio no se otorgue en el nuevo plan. Por favor consulte previamente las Condiciones Generales del plan a contratar.
Nota: Bupa cubre los gastos derivados de trasplantes de médula ósea y trasplantes de célula madre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

A) PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Una vez que transcurran 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodo de espera), Bupa cubrirá a dicha asegurada el tratamiento de maternidad y parto que incluye:
(a) Cargos de hospitales, honorarios de obstetras y parteras por parto natural,
(b) Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas, y

(c) Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el recién nacido.
Para esta cobertura no aplica deducible.

B) CESÁREA

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Una vez transcurridos los 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada (no aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodos de espera), Bupa cubrirá a la asegurada titular o cónyuge o concubina dependiente por gastos de:
(a) Hospital, y
(b) Honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria.
Para esta cobertura no aplica deducible.

C) TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Una vez transcurridos los 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Bupa cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto.
Este beneficio está cubierto bajo la suma asegurada de maternidad.
No aplica endoso de continuidad de cobertura o de eliminación de periodos de espera por reconocimiento de antigüedad.
Para esta cobertura no aplica deducible.

2.8.1 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Una vez transcurridos los 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Bupa cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto.
Para esta cobertura no aplica deducible.
Por complicaciones de maternidad y parto o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo:
(a) Preclamsia,
(b) Amenaza de aborto espontáneo,
(c) Diabetes gestacional,
(d) Muerte del feto o,
(e) Recién nacido.
Esta cobertura tiene un límite máximo de US$500,000 de por vida.
Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de Bupa. La asegurada deberá contactar a Bupa para recibir autorización previa si es posible.
Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones de maternidad y parto, la asegurada deberá comunicarse con Bupa dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas después de ser hospitalizada.

2.8.2 INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el recién nacido disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto.
El asegurado titular deberá presentar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.
Se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:
(a) El recién nacido no nace de un embarazo cubierto, o
(b) La notificación no es recibida durante los 90 (noventa) días naturales inmediatos siguientes al parto, o
(c) Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, o
(d) El recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.
(e) El plan contratado no incluye la cobertura de maternidad de acuerdo con el plan contratado y lo especificado en las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

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

los 90 (noventa) días naturales, la inclusión del recién nacido deberá pasar por suscripción médica.

2.8.3 COBERTURA PROVISIONAL DEL RECIÉN NACIDO

Si nace de un embarazo cubierto, tendrá cobertura provisional automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros 90 (noventa) días de vida después del parto, sin aplicar deducible.
La cobertura del recién nacido se extiende a cubrir cualquier lesión o enfermedad que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la póliza contratada por el asegurado titular y/o contratante.
Esta cobertura tiene un límite máximo de US$15,000

2.8.4 CUIDADO DE ENFERMERO(A) EN CASA PARA EL RECIÉN NACIDO SALUDABLE

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido saludable tendrá cobertura para cuidados de un(a) enfermero(a) durante las primeras 3 (tres) noches en casa, con un monto de US$60 por noche.

2.9 TRANSPORTE Y VIAJES

2.9.1 EVACUACIÓN MÉDICA

A) EVACUACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano.
La cobertura por repatriación le ofrece al asegurado la opción adicional de volver a su país de residencia especificado o al país de nacionalidad especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano.
Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

(a) El asegurado debe contactar a Bupa para recibir autorización previa al traslado,
(b) El tratamiento debe ser recomendado por el especialista o médico tratante del asegurado, el tratamiento no debe estar disponible en un lugar cercano,
(c) El tratamiento debe estar cubierto bajo esta póliza,
(d) Bupa coordinará el traslado con el asegurado, y
(e) El beneficio aplica para tratamiento en hospital, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado.

La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el asegurado necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.
Bupa no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en esta sección, pero coordinará estos servicios para el asegurado. En algunos países, Bupa podrá usar a proveedores de servicios para coordinar estos traslados localmente.

Exclusiones y restricciones:

(a) Bupa no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.

(b) Bupa no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de Bupa, sea inapropiado o innecesario basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, Bupa se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si no es medicamente necesaria. Bupa no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de Bupa o de nuestros socios proveedores de servicios.

(c) Bupa no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad competente o por el piloto, la tripulación o cualquier otra condición fuera del control de Bupa.

Bupa solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por Bupa. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por Bupa serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que

Bupa habría pagado si hubiera coordinado el traslado.

B) EVACUACIÓN MÉDICA CON DIAGNÓSTICO PARA CIRUGÍA

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica, Bupa cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica aérea o terrestre hacia el lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento médicamente necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Bupa también cubrirá los gastos de traslado para una evacuación que no sea de emergencia cuando el asegurado no está hospitalizado, pero ha recibido un diagnóstico que requiera cirugía. Bupa cubrirá los costos para el viaje de evacuación médica con diagnóstico para cirugía que sean más económicos entre:

(a) El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
(b) El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

Esta cobertura tiene un límite máximo de US$2,000 de por vida.

En ambos casos, la evacuación médica deberá ser autorizada previamente por Bupa.

Bupa no pagará ningún otro costo relacionado con la evacuación médica, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

2.9.1 AMBULANCIA AÉREA LOCAL

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

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

Esta cobertura será procedente cuando la ambulancia aérea sea:

(a) Médicamente necesaria,
(b) Utilizada para el traslado hacia el centro médico más cercano donde el asegurado pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo, y
(c) Relacionada al tratamiento que esté cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital.

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

2.9.2 AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

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

(a) De la ubicación de un accidente al hospital
(b) Para el traslado de un hospital a otro, o
(c) De su casa al hospital

Esta cobertura será procedente cuando la ambulancia terrestre local sea:

(a) médicamente necesaria, y
(b) relacionada al tratamiento que esté cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital.

2.9.3 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Bupa cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:

- En el caso de fallecimiento mientras el asegurado está fuera de casa, y
- Sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea.

Bupa sólo pagará por los arreglos reglamentarios como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de cinc si esto es requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.

Bupa no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúdes para entierro, etc., o los gastos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.

2.10 TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

2.10.1 EXAMEN DE SALUD GENERAL

Este beneficio tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.

Bupa pagará por un examen de salud general para adultos de 18 (dieciocho) años o más una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 (diez) meses consecutivos.

Este beneficio no aplica deducible.

Esta cobertura tiene un límite de US$600.

El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como

pruebas de densidad ósea. Si el estudio fue recomendado/indicado por el médico, deberá aplicar deducible y coaseguro. Cualquier estudio relacionado con un padecimiento ya diagnosticado, tratamiento o estudio previo, se deja de considerar como preventivo, a menos de que forme parte de un paquete regular de check up.

2.10.2 VACUNAS

Bupa cubrirá los gastos por la aplicación de las vacunas enlistadas a continuación:

- Vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños de México
- Vacuna del Virus del Papiloma Humano VPH para proteger contra el cáncer cervical.
- Vacuna con la influenza (gripe)

Esta cobertura tiene un límite de US$800 con un coaseguro del 20% (veinte por ciento) pagadero por el asegurado.

2.10.3 EXAMEN DE LA VISTA

Este beneficio tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Bupa cubrirá un examen de refracción cada año póliza que incluye el costo de la consulta.
Este beneficio no aplica deducible.

2.10.4 EXAMEN DENTAL PREVENTIVO

Este beneficio tiene un periodo de espera de 10 (diez) meses.
Bupa cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por año póliza, incluyendo:

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

Este beneficio no aplica deducible.

2.10.5 APARATOS AUDITIVOS

Bupa cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. Esta cobertura tiene un límite de US$600, **sujeto a un coaseguro del 20% (veinte por ciento) pagadero por el asegurado.**

No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

2.10.6 ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO

Bupa cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. Esta cobertura tiene un límite de US$600, **sujeto a un coaseguro del 20% (veinte por ciento) pagadero por el asegurado.**

No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

2.10.7 CIRUGÍA REFRACTIVA

Bupa cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía sujeto a los siguientes criterios médicos:

(a) Si el asegurado tiene 3 (tres) dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
(b) Si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado,

Bupa únicamente cubrirá una cirugía por ojo, **de por vida.** Esta cobertura tiene un límite de US$1,000 sujeta a un coaseguro del 20% (veinte por ciento) pagadero por el asegurado.
Este procedimiento está sujeto a autorización previa, por lo que el asegurado deberá obtener dicha autorización previa antes de coordinar cualquier consulta o tratamiento.
Bupa se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

2.11 OTRAS COBERTURAS

2.11.1 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de que fallezca el asegurado titular, Bupa eximirá de aquellos periodos pendientes de pago hasta por 1 (un) año sin costo alguno, si la causa de la muerte del asegurado titular se debió a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o concubino(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI EL CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

2.12 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 presentes Condiciones Generales.

2.13 COBERTURA PRIMA CERO PARA NIÑOS NACIDOS BAJO COBERTURA DE MATERNIDAD DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Este beneficio solo aplica para un máximo de 1 (un) hijo, como se indica en las presentes Condiciones Generales. El hijo nacido de embarazo o parto cubierto durante la vigencia de la póliza con Bupa podrá incluirse en la póliza exentándose las primas correspondientes a su año de nacimiento y las primas correspondientes a las siguientes 3 (tres) renovaciones subsecuentes especificadas en las presentes Condiciones Generales, siempre que la póliza se mantenga en vigor con al menos uno de los padres como integrante de la póliza y el plan cuente con un deducible de US$1,000 o US$2,000.

Esta cobertura aplica para el primer 1 (un) hijo nacido bajo un embarazo cubierto. Una vez terminado el ciclo de 3 (tres) renovaciones del hijo, podrá incluirse en este beneficio otro hijo (nacido después de la terminación de la cobertura del hijo anterior), que comenzará un nuevo ciclo de 3 (tres) renovaciones sin prima. Los hijos subsecuentes deberán pagar la prima correspondiente. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres, derivado de la cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular.

No aplica retroactividad.

Este beneficio queda sin efecto cuando el recién nacido sea dado de alta en la póliza posterior a los 90 (noventa) días naturales de nacido.

3. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

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

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 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Enfermedades o padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la póliza o sus complicaciones.

3.2 GASTOS ADICIONALES

Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y/o tratamientos excluidos.

3.3 COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EXCLUIDOS

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

3.4 ATENCIONES MÉDICAS FUERA DE LOS PROOVEDORES MÉDICOS EN CONVENIO EN EL EXTRANJERO

No serán susceptibles de cobertura las atenciones médicas que hayan sido recibidos por medio de proveedores fuera de la red en convenio en el extranjero.

3.5 ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO

Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional, excepto como se indica en las presentes Condiciones Generales.

3.6 ADMISIÓN ELECTIVA

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

3.7 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 las presentes Condiciones Generales.

3.8 ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS

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

Bupa cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de medula ósea y trasplantes de célula madre periférica cuando sean realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

3.9 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, 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.

3.10 CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.

Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

3.11 CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO O REASIGNACIÓN DE SEXO

Cualquier gasto relacionado y/o derivado de tratamientos quirúrgicos y/o médicos para cambio, reasignación o modificación de los caracteres sexuales, así como sus secuelas y/o sus complicaciones.

3.12 CONFLICTO Y DESASTRE

Contaminación nuclear o química, guerra, huelga, revolución, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares si el asegurado:

(a) Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
(b) Participó activamente, o
(c) Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

3.13 CONTROL DE NATALIDAD

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

3.14 DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO

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

3.15 DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO

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

3.16 DESÓRDENES DE SUEÑO

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

3.17 DISFUNCIONES SEXUALES

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

3.18 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS

No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

3.19 ENFERMEDADES DEL ALZHEIMER

Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el Alzheimer.

3.20 ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Consultas, estudios y tratamientos relacionados con enfermedades de transmitidas sexualmente. Salvo por el beneficio de VIH/SIDA que si se encontrará cubierto, una vez transcurrido el Periodo de Espera.

3.21 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

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

3.22 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES

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

3.23 EXÁMENES GENÉTICOS

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

3.24 EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS

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

3.25 GASTOS DE REGISTRO O ADMINISTRACIÓN

Gastos de registro o administración en hospitales o instituciones similares (a menos que Bupa, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados, usuales y aceptados por la práctica del país que sea relevante).

3.26 GASTOS EXCESIVOS

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

3.27 GASTOS POR DONACIÓN ELECTIVA DE ÓRGANOS

Cuando el Asegurado sea el donante, no se cubrirá ningún gasto por estudios, tratamientos y/o complicaciones médicas o quirúrgicas que esta donación electiva pueda producir.

3.28 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o padecimiento, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

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

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

3.29 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO

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

3.30 LESIONES POR RIÑAS

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

3.31 MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

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

3.32 MATERNIDAD NO CUBIERTA

Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta tal como se indica en las presentes Condiciones Generales.

3.33 MATERNIDAD SUBROGADA

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

3.34 MEDICAMENTOS SIN RECETA

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

3.35 MEDICINA ALTERNATIVA

Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en las presentes Condiciones Generales.

3.36 ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES

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

3.37 PODOLOGÍA COSMÉTICA

Cuidado podiátrico cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma, independientemente de la causa por la que hubiesen sido prescritos.

3.38 PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA O EN INSTALACIONES MÉDICAS SIN LA CERTIFICACIÓN REQUERIDA

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico que no cuente con las acreditaciones legales correspondientes o tratamientos realizados en instalaciones médicas no reconocidas legalmente.

3.39 TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN

Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
En caso de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, Bupa se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

3.40 TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

(a) Fertilización in-vitro (IVF).
(b) Transferencia intratubárica de gametos (GIFT).
(c) Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).
(d) Inseminación artificial (IA).
(e) Tratamiento de medicamentos recetados.
(f) Traslado del embrión (de una ubicación física a otra).
(g) Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen.

3.41 TRATAMIENTO DENTAL

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

3.42 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

Tratamientos para o como resultado de 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 las presentes Condiciones Generales, en la cláusula 2.5.8 Cirugía por Obesidad.

3.43 TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

Tratamientos en cualquier institución gubernamental cuando el asegurado es derechohabiente de la misma o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

3.44 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Bupa no pagará por tratamientos, estudios o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o la Secretaría de Salud en el caso de los Estados Unidos Mexicanos o aprobados por la autoridad de salud en el país donde se recibe el tratamiento médico.
Bupa no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.
Bupa no pagará por ningún costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

3.45 TRATAMIENTOS MAXILARES

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

3.46 TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO

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

3.47 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos en tratamiento ambulatorio o durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. No está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

3.48 TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES

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

3.49 SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL

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

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1 SU PÓLIZA

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 y/o contratante o el pago directo a los prestadores de servicios los gastos médicos en los que incurran los asegurados durante la vigencia de esta póliza, tanto en el territorio de la República Mexicana, como en el extranjero donde así proceda de acuerdo con la cobertura geográfica especificada, hasta la suma asegurada indicada en las presentes Condiciones Generales, 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. El asegurado titular y/o contratante están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato y en el momento del ingreso de cualquier asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
Las definiciones incluidas en estas Condiciones Generales aplican para su Global Premier Health Plan.
Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración: la póliza, las Condiciones Generales, la solicitud del seguro, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.
La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo la póliza. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en el extranjero pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del asegurado titular se mantenga en la República Mexicana. Sin perjuicio de lo anterior, Bupa se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del asegurado titular en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a México y conllevará a la posible terminación de su cobertura si el asegurado titular se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América.
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 de esta póliza está disponible para los dependientes del asegurado titular y/o contratante, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) 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 siempre que presenten a Bupa la constancia de estudios emitida por una institución educativa acreditada por las autoridades correspondientes. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto. Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el periodo de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente. Lo anterior siempre y cuando el dependiente solicite su póliza con Bupa dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la póliza original.

4.2 ADICIÓN DE DEPENDIENTES

El contratante podrá adicionar dependientes a la póliza, los cuales estarán cubiertos desde la fecha efectiva que les corresponda. Los dependientes elegibles del asegurado titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del asegurado titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros; también son elegibles los menores de edad para los cuales el asegurado titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.
La cobertura de esta póliza está disponible para los dependientes del asegurado titular y/o contratante, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) 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 a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto.

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

4.3 PAGO DE PRIMAS

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

El contratante deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que Bupa ponga a disposición del contratante antes de la fecha de vencimiento. El contratante del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. 7 Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y Bupa no garantiza la entrega de los mismos. Si el contratante no ha recibido un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la fecha de vencimiento, y no tiene conocimiento del monto del pago de su prima, el contratante deberá comunicarse con su agente o directamente con Bupa.

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

4.4 SUBROGACIÓN

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

En caso de que la subrogación sea procedente, el asegurado titular y/o contratante deberá proporcionar a Bupa cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como:

(a) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera,
(b) firmar cualesquiera documentos que se requieran, y
(c) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.

Bupa podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la póliza. El asegurado titular y/o contratante se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de Bupa de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

El pago de los beneficios de este contrato no se duplicará con los beneficios de ninguna otra póliza de seguros para

la cual un asegurado pueda ser elegible, en caso de que el asegurado titular y/o contratante no haya notificado a Bupa de la existencia de otra póliza. Por lo tanto, cuando Bupa efectúe el pago o reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, Bupa tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las sumas aseguradas respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la suma asegurada del asegurado, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante hayan otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

4.5 APLICACIÓN DE DEDUCIBLE

A menos que se indique lo contrario en estas Condiciones Generales, el deducible aplicable será el contratado e indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier beneficio cubierto por esta póliza contempla la necesidad de participación del deducible y/o coaseguro por parte del asegurado, salvo que se estipule lo contrario.

El pago del deducible por parte del asegurado aplicará como sigue:

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

(c) Acumulación del gasto del deducible: Los gastos incurridos por el asegurado durante los últimos 3 (tres) meses del año póliza que sean utilizados para acumular deducible, serán aplicables al deducible y plan vigente contratado para el siguiente 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.
No aplicará este beneficio cuando existan gastos incurridos dentro de los primeros 9 (nueve) meses del año póliza, caso contrario el beneficio 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 y gasto haya ocurrido dentro de los 10 (diez) 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) Los siguientes beneficios de maternidad no están sujetos a deducible:
1. La maternidad y parto,
2. Las complicaciones de la maternidad y parto,
3. Los tratamientos pre y post natal, y
4. La cobertura provisional del recién nacido.

Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su Global Premier Health Plan.

(f) 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.

4.6 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

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

en términos de **Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**

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

4.7 EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES

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

4.8 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

Artículo 276 (doscientos setenta y seis) 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 de 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 9 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 de 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

XI. 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".

4.9 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**.

4.10 RENOVACIÓN

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

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, de acuerdo con los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar con información suficiente, homogénea y confiable conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Bupa informará al asegurado titular y/o contratante con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima, deducible o cualquier coaseguro aplicable a la misma.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan, si el asegurado titular y/o contratante no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, se renovará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

4.11 REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

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

(a) El asegurado titular y/o contratante lo soliciten por escrito a Bupa.

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

(c) El asegurado presente los documentos necesarios establecidos para solicitar la rehabilitación.

Bupa comunicará por escrito al asegurado titular y/o contratante la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso Bupa no emite comunicación alguna, se tendrá

por rechazada la propuesta de rehabilitación. En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente una oferta de cobertura.
No se cubrirán enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el periodo al descubierto.

4.12 PERIODO DE ESPERA GENERAL

Esta póliza tiene un periodo de espera de 60 (sesenta) días a partir de la fecha efectiva de la póliza, el cual se indica en las presentes Condiciones Generales. Sin embargo, este periodo de espera no aplica cuando se trate de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata, como politraumatismos, enfermedades agudas de origen infeccioso, e infartos y enfermedades cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con un padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa. En caso de que algún padecimiento presente sintomatología o sea diagnosticado durante el periodo de espera general, será considerado exclusión por todas las vigencias de la póliza.

4.13 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los gastos cubiertos por el mismo siniestro por otras pólizas de otra aseguradora podrán ser tomados en consideración para cubrir el monto del deducible. Lo anterior siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

a) Notificar a Bupa la existencia de otra póliza de seguro dentro de la Solicitud de Seguro o en el momento en que se haya contratado;
b) Los gastos sean procedentes para Bupa de acuerdo con las Condiciones Generales del plan contratado y;
c) Previa presentación de la documentación necesaria para la comprobación de los gastos realizados por el Asegurado tales como facturas a su nombre, soportes médicos y finiquito entregado por la otra aseguradora.

El monto que exceda la acumulación de deducible no será reembolsado al asegurado.

4.14 COMISIONES INTERMEDIARIOS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro.
La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud formal por escrito realizada por el Asegurado y/o Contratante al correo atencioncliente@bupa.com.mx

5. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

5.1 NOTIFICACIÓN A BUPA

Se recomienda que el asegurado titular o contratante notifique a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.
El asegurado o contratante deberá notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios cubiertos en las presentes Condiciones Generales.
La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica y haya erogado algún gasto dentro de los primeros 10 (diez) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.
Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes Condiciones Generales.

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 podrá 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, mismos que serán pagados en moneda nacional.

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 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 con los siguientes datos:

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

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

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 indique el asegurado en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

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 AUTORIZACIÓN PREVIA

Cuando así se requiera y se indique en las presentes Condiciones Generales, el asegurado deberá obtener autorización previa expresa de Bupa antes de recibir cualquiera de los beneficios cubiertos. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el asegurado no reciba los beneficios cubiertos dentro del plazo de 31 (treinta y un) días contados a partir de la autorización original. Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa para recibir cualquier beneficio cubierto se encuentran disponibles en la cláusula "Cómo presentar una reclamación en caso de siniestro" de estas Condiciones Generales.

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

Cuando Bupa así lo solicite, el asegurado deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con Bupa en tiempo, o el no autorizar el acceso de Bupa a los resúmenes clínicos y reportes médicos, puede resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación.

Si el asegurado no coopera con Bupa para proporcionarle toda la información necesaria para que Bupa esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas, y por ende, Bupa no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.

5.5 CAMBIOS A SU PÓLIZA

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

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

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

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

Bupa podrá hacer modificaciones a la póliza cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los asegurados con el mismo producto de seguro. Lo anterior se le notificará al asegurado titular y/o contratante con la debida anticipación.

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

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

5.6 CAMBIO DE RESIDENCIA

El asegurado titular y/o contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia o estancia mayor a 6 (seis) meses, tanto suyo como de cualquier dependiente incluido en la póliza, dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún asegurado fuera de la República Mexicana.
La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los asegurados facultará a Bupa para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse. Los asegurados están de acuerdo que cualquier cobertura que puedan adquirir en EE.UU. conllevará a la posible terminación de su cobertura con Bupa al informar a Bupa que se han convertido en residentes permanentes de los EE.UU.
El asegurado titular y/o contratante deberá informar a Bupa inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que Bupa seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el asegurado titular y/o contratante notifique lo contrario.

5.7 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 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.
Artículo 82 (ochenta y dos) 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”.
La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Bupa.

5.8 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días siguientes al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).
En caso de que el asegurado titular y/o contratante desee cancelar este contrato dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al asegurado titular y/o contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo generado para la emisión de la póliza y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.
La devolución del importe correspondiente se realizará dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud mediante cheque o transferencia electrónica.
Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito o correo electrónico junto con el formulario de cambios debidamente requisitado (disponible en www.bupasalud.com.mx) e identificación oficial por parte del **asegurado titular y/o contratante a Bupa.**
La cancelación o no renovación de la póliza surtirá efecto en el momento que al asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.
En caso de que el asegurado titular y/o contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza ni costo de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta.
El importe respectivo, le será devuelto al Asegurado titular y/o contratante mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación del escrito de cancelación.
En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del asegurado titular y/o contratante dirigido a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.
Con la terminación de la póliza terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes o lesiones sufridos durante la vigencia del seguro estarán cubiertos durante un plazo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia de la póliza.
El asegurado titular y/o contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este contrato. Ningún asegurado titular y/o contratante será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.
Si el asegurado titular y/o contratante o cualquiera de sus dependientes fallecen, se deberá notificar a Bupa dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.
Al fallecimiento del asegurado titular y/o contratante, cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en asegurado titular y/o contratante por su propio derecho, e incluir sus propios dependientes.

Si el asegurado titular y/o contratante falleciera y ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en asegurado titular y/o contratante, este contrato será cancelado, y si ninguna reclamación o solicitud para recibir beneficios cubiertos ha sido presentada, Bupa reembolsará la totalidad de la prima que se haya pagado dentro del periodo siguiente a la terminación de la póliza.

Si un dependiente fallece, su cobertura terminará, y en tanto ninguna reclamación o solicitud para recibir beneficios cubiertos a favor del dependiente haya sido realizada, Bupa reembolsará la totalidad de la prima correspondiente a dicho dependiente que se haya pagado dentro del periodo siguiente a la terminación de la cobertura.

5.9 NUESTRA RESPONSABILIDAD

Bupa (o cualquier compañía que forme parte de Bupa Global,) no será responsable por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el asegurado en virtud de la prestación de los beneficios cubiertos por parte del prestador de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. En dicho caso, el asegurado tendrá que presentar su reclamación ante el prestador de servicios médicos o persona que haya prestado el servicio.

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 periodo de vigencia de la póliza y hasta 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.
(c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

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

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

5.10 RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

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

El asegurado, y/o contratante también estará obligado a:

(a) Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
(b) Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;
(c) Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

(a) Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
(b) Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta
(c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

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

5.11 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Conforme a lo previsto en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando se hace referencia al asegurado titular y/o contratante, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a dependientes, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

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

El asegurado titular y/o contratante tendrá la obligación de avisar a Bupa sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.
El asegurado titular y/o contratante deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los dependientes que le sea proporcionada a Bupa.

5.12 QUEJAS

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)
Avenida Ejército Nacional número 843-B,
Edificio Corporativo Antara I, piso 9,
Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo,
Código Postal 11520, Ciudad de México.
Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339
Correo electrónico: une@bupa.com.mx
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas

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

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

5.13 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 sobre 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.

5.14 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.

5.15 COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese organismo no es designado árbitro, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

. En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta póliza, en razón del lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

5.16 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.

5.17 ELIMINACIÓN DEL PERIODO DE ESPERA GENERAL

Bupa eliminará el periodo de espera general solamente si:

(a) El asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos 1 (un) año, y
(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los 30 (treinta) 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.

Algunos beneficios están sujetos a periodos de espera específicos como se indica en las presentes Condiciones Generales. Esta eliminación del periodo de espera general no procede para dichos beneficios.

5.18 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

(a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
    1. Estarán cubiertas después del periodo de espera especificado en las presentes Condiciones Generales cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un periodo de 5 (cinco) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.
    2. Estarán cubiertas después de 2 (dos) años de la fecha efectiva de la póliza cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un periodo de 5 (cinco) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. Esta condición es aplicable aún cuando, derivado de la evaluación médica, la póliza fue emitida con aprobación estándar.
(b) Las que no son declaradas y conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro. Estas condiciones preexistentes nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del asegurado de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.19 BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un médico ha recomendado al asegurado que sea sometido a un tratamiento médico o procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia. Bupa podrá solicitar una segunda opinión médica en caso de considerarlo necesario con la finalidad de garantizar el tratamiento más adecuado para el asegurado.

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

5.20 BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EXPERTA

Si el asegurado ha sido diagnosticado con alguna enfermedad grave, compleja o crónica, tendrá la opción de solicitar a Bupa una segunda opinión médica. Dicha segunda opinión será realizada por un médico seleccionado por Bupa, que emitirá un informe que será compartido con el asegurado.
No aplica deducible ni coaseguro.

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 México 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, 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 25 de julio del 2026 con los números CNSF-.H0719-0046-2026 / CONDUSEF-007194-01.

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

MEX-CG-GHP-V26.01

Gastos Médicos

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la 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 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 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.
Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.
Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.
Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si 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 par
a 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 25 de julio del 2026 con los números CNSF-H0719-0046-2026 / CONDUSEF-007194-01.