CONDICIONES GENERALES BUPA INTERNACIONAL

BUPA MÉXICO

CONTENIDO:

1. Definiciones 4
2. Cobertura Básica 9
3. Exclusiones y Limitaciones 16
4. Cláusulas Generales 19
5. ¿Cómo utilizar la póliza? 26
6. Aviso de Privacidad 29

OBJETO DEL SEGURO

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

1. DEFINICIONES

Para efectos de interpretación y cumplimiento de la presente póliza, las partes convienen en adoptar las definiciones siguientes:

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 con la aplicación del deducible correspondiente.

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

1.3 AERONAVE PRIVADA
Cualquier aeronave que no pertenezca a una línea aérea comercial, operada por pilotos comerciales profesionales con licencia, con horarios de vuelos regulares preestablecidos entre aeropuertos establecidos.

1.4 AMBULANCIA AÉREA
Aeronave provista por una compañía autorizada, que cuenta con personal con entrenamiento médico, equipada para tratar emergencias médicas.

1.5 AMBULANCIA TERRESTRE
Vehículo terrestre equipado para emergencias médicas, provisto por una compañía autorizada y que cuenta con personal con entrenamiento médico.

1.6 AÑO PÓLIZA
Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la póliza y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

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

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

1.9 CLASE
Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducible, grupo de edad, plan, año de póliza o una combinación de cualquiera de éstos.

1.10 COBERTURA OPCIONAL
Beneficios adicionales contratados por el Asegurado Titular y/o Contratante de la póliza en adición al seguro básico y que aparecen como tal en la carátula de la póliza.

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

1.12 COMPLICACIONES DEL PARTO

Desórdenes no causados por factores genéticos, manifestados durante los primeros treinta y un (31) días de vida del recién nacido, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, prematuridad, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

1.13 CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS

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

1.14 CONDICIONES PREEXISTENTES

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

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

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

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

1.15 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 período determinado con anterioridad.

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

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

1.16 CONTRATANTE

Persona física o moral que ha solicitado a Bupa la celebración del contrato de seguro y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en el mismo.

1.17 COPAGO

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

1.18 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE

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

1.19 CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR

Atenciones o tratamientos médicos que el Asegurado recibe en su hogar, siempre que hayan sido ordenados y certificados por escrito por el Médico Tratante del Asegurado como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Estos cuidados o tratamientos deben ser aprobados previamente por Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica, e incluyen los servicios de personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión tales como, pero no limitadas a enfermeros, terapeutas, etc. fuera del hospital, y no incluyen los cuidados personales.

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 CUIDADOS PERSONALES

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

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

1.23 DEDUCIBLE
El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

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

1.25 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.

1.26 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
Evento o incidente que se manifiesta por signos y/o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

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

1.29 ENFERMEDAD AMPARADA
Condición anormal o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, siempre que dicha enfermedad no se encuentre excluida expresamente en las condiciones generales de la póliza.

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

1.31 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE
Son aquellas enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las siguientes características:

a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

Bupa podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

1.33 ENFERMERO(A)
Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

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

1.35 EVENTO
Cada una de las enfermedades y/o accidentes amparados por la póliza.

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

1.37 FECHA DE ANIVERSARIO
Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.

1.38 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.

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

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

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

1.42 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO
Grupo de hospitales y proveedores con los cuales Bupa tiene celebrados convenios para atender Asegurados. La lista de hospitales y proveedores en convenio está disponible en USA Medical Services o en Bupa Servicios de Evaluación Médica y en la página web www.bupasalud.com.mx, y está sujeta a cambios sin previo aviso.

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

1.44 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.

1.45 LESIÓN
Daño causado al organismo por una causa externa.

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

generales de la póliza.

1.47 MÉDICAMENTE NECESARIO

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

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

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

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

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

1.48 MÉDICO ASISTENTE

Persona que cumple con la definición de médico tratante y actúa en auxilio de éste o del médico especialista en una intervención quirúrgica.

1.49 MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

1.50 MÉDICO TRATANTE

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, siendo el responsable médico del paciente asegurado.

1.51 PADECIMIENTO CONGÉNITO

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

1.52 PAÍS DE RESIDENCIA

El país:

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

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

1.53 PANDEMIA

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

1.54 PERÍODO DE SEGURO

Es el lapso para el cual resulta calculada la unidad de la prima.

1.55 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.

1.56 QUEJA

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

1.57 PROVEEDORES

Hospitales, médicos, laboratorios y cualquier servicio de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o accidente.

1.58 RECIÉN NACIDO

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

1.59 SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

1.60 SIGNOS

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

1.61 SÍNTOMA

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

1.62 SOLICITUD DE SERVICIOS

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

1.63 SUMA ASEGURADA DE POR VIDA

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

En cada renovación, la suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada reducida por los pagos que se hubiesen efectuado durante el mismo año póliza o efectuados en vigencias previas por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos a dicho Asegurado.

1.64 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.

1.65 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

1.66 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.

1.67 USA MEDICAL SERVICES

Proveedor contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros y para proporcionar, entre otros, los siguientes servicios a los Asegurados:

(a) Proporcionar información a los Asegurados acerca de los hospitales y proveedores en convenio;
(b) En caso de un accidente o enfermedad amparada que sufra el Asegurado, coordinar los servicios proporcionados por los hospitales y/o proveedores en convenio.

Cualquier servicio que USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica preste a los Asegurados de Bupa no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro; así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

2. COBERTURA BÁSICA

2.1 TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

La suma asegurada máxima es de US$5,000,000 (Cinco millones de dólares) por Asegurado, de por vida, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones que se indican en la presente póliza.

2.2 NOTIFICACIÓN A BUPA

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

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

Cobertura	Beneficio Máximo	
	Dentro de los Hospitales y Proveedores en Convenio	Fuera de los Hospitales y Proveedores en Convenio
Cuarto estándar de hospital privado o semi–privado, incluyendo alimentos	100%	US$800 por día
Unidad de cuidados intensivos, incluyendo alimentos	100%	US$2,000 por día
Los siguientes beneficios aplican en todos los Hospitales y Proveedores en Convenio		
Cuidados de maternidad (no aplica deducible ni coaseguro)	US$4,000	
Cobertura del recién nacido (no aplica deducible ni coaseguro)	US$25,000 por Asegurado, de por vida	
Desordenes congénitos y hereditarios manifestados: • Antes de la edad de 18 años • A partir de la edad de 18 años	US$250,000 por Asegurado, de por vida US$5,000,000 por Asegurado, de por vida	
Trasplante de órganos.	US$500,000 por Asegurado, de por vida	
Ambulancia aérea.	US$100,000 por Asegurado, de por vida	
Ambulancia terrestre.	US$1,000 por evento	
Acompañante de menor hospitalizado.	US$1,000 por hospitalización	
Sida • Periodo de espera cuatro (4) años.	US$200,000 por Asegurado, de por vida	
Repatriación de restos mortales	US$5,000	
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	**Cobertura**	
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. (Atención ambulatoria). Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza • Sujeto a un copago de US$50 • No aplica deducible	100%	
Terapias Génicas	100%	

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.
Cualquier gasto amparado pagado reducirá la suma asegurada y beneficio correspondiente del Asegurado de que se trate.

Plan	Deducible	Coaseguro por Asegurado, por año póliza	Cobertura de maternidad y del recién nacido
MB	El estipulado en la carátula de la póliza	20% con máximo de US$1,000	Amparado
MC	El estipulado en la carátula de la póliza	20% con máximo de US$1,000	Amparado

MC Plus	El estipulado en la carátula de la póliza	Sin coaseguro	No cubierto
MD	El estipulado en la carátula de la póliza	Sin coaseguro	No cubierto
ME	El estipulado en la carátula de la póliza	Sin coaseguro	No cubierto

2.3 DEDUCIBLE

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

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

(b) Un deducible máximo por póliza igual a 2 (dos) deducibles individuales por póliza, por año póliza, en el caso de cualquier enfermedad amparada por la póliza.

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

(d) En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica haya ocurrido dentro de los ocho (8) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. 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.

2.4 COASEGURO

El Asegurado Titular es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares (US$5,000) de gastos cubiertos por una enfermedad o accidente amparados por la póliza, después de satisfacer el deducible establecido. Los planes MC Plus, MD y ME no tienen coaseguro.

En caso de accidentes amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata, no se aplicará coaseguro para el período de la primera hospitalización.

Durante cada vigencia anual de la póliza, únicamente se aplicará un coaseguro por Asegurado Titular o dependiente, por año póliza. Si se notifica a USA Medical Services como es requerido en esta póliza, el coaseguro no será aplicado a los servicios médicos recibidos en México.

2.5 GASTOS CUBIERTOS

Bupa cubrirá los gastos médicos que a continuación se indican, incluyendo el Impuesto al Valor Agregado (IVA) que estos generen, hasta por el monto correspondiente al gasto usual, acostumbrado y razonable, sujeto a los límites correspondientes a aquellas coberturas cuyo monto máximo a indemnizar se especifique en esta póliza o que se indiquen en cobertura opcional.

2.6 SERVICIOS DEL HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que por indicación del médico tratante sean necesarios para atender un evento cubierto, incluyendo medicamentos y materiales de curación para la atención de Asegurados.

2.7 CUARTO DE HOSPITAL Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

De acuerdo a los límites especificados en la Tabla de Beneficios.

2.8 CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR Y TERAPIA AMBULATORIA

Los cuidados médicos y tratamientos estarán cubiertos previa aprobación por parte de USA Medical Services. Para ello se requerirá la recomendación por parte del médico tratante, indicando la necesidad médica del mismo acompañada del plan para dicho tratamiento.

2.9 HONORARIOS DEL MÉDICO TRATANTE

Los honorarios por la realización de un tratamiento médico o quirúrgico médicamente necesario para el restablecimiento de la salud del Asegurado, hasta el gasto usual, acostumbrado y razonable.

2.10 HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO

Los honorarios o cargos de un anestesiólogo por su participación en la administración de la anestesia que sea médicamente necesaria para realizar un procedimiento quirúrgico o para controlar el dolor, los cuales deben ser aprobados previamente por Bupa a través de USA Medical Services, y están limitados a la cantidad que resulte

menor de:

(a) Cien por ciento (100%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables por los honorarios del anestesiólgo, o

(b) Treinta por ciento (30%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o

(c) Treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o

(d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área geográfica determinada.

2.11 HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

Los honorarios del médico o cirujano asistente están cubiertos solamente cuando sus servicios sean médicamente necesarios y aprobados previamente por Bupa a través de USA Medical Services. Los honorarios del médico o cirujano asistente están limitados a lo que resulte menor de:

(a) Veinte por ciento (20%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento quirúrgico de que se trate, o

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

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

(d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para una área geográfica determinada.

2.12 BENEFICIOS DESPUÉS DE LA EDAD DE SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS

Después de la edad de sesenta y nueve (69), todas las enfermedades y lesiones amparadas estarán sujetas a lo siguiente:

(a) Tratamiento en los hospitales y proveedores en convenio:

Todas las enfermedades y lesiones amparadas están cubiertas bajo los beneficios y limitaciones normales de la póliza, siempre y cuando el tratamiento sea proporcionado por un hospital o proveedor en convenio.

(b) Tratamiento fuera de los hospitales y proveedores en convenio:

Si el tratamiento es proporcionado por un hospital o proveedor fuera los hospitales y proveedores en convenio, el Asegurado Titular será responsable de pagar el treinta por ciento (30%) de todos los cargos cubiertos de médicos y hospitales relacionados a la reclamación en adición al deducible y al coaseguro aplicables.

(c) Tratamiento de emergencia fuera de los hospitales y proveedores en convenio:

i. Los gastos de este tratamiento están cubiertos hasta veinticinco mil dólares (US$25,000)sujeto al deducible y coaseguro aplicables.

ii. En su caso, el Asegurado Titular participará adicionalmente con el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos que excedan de veinticinco mil dólares (US$25,000).

iii. Los tratamientos de emergencia dentro de los hospitales y proveedores en convenio no están sujetos al treinta por ciento (30%) referido en el numeral ii anterior.

2.13 TRATAMIENTOS ESPECIALES

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

2.14 HONORARIOS DE ENFERMEROS PRIVADOS PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA

Se cubrirán durante un máximo de treinta (30) días naturales por evento, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante, se operen como una alternativa de hospitalización y sean previamente aprobados por Bupa a través de USA Medical Services. Se cubrirán como máximo tres (3) turnos de ocho (8) horas por día.

2.15 SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Estos quedarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un evento.

2.16 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Solo se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

2.17 TRANSPORTE DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA

El transporte de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solamente está cubierto para la atención de un accidente o enfermedad amparada, cuando el tratamiento no puede ser proporcionado localmente y el transporte por cualquier otro método puede resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia cubre hasta la instalación médica más cercana donde el tratamiento médico adecuado pueda ser proporcionado.

(a) Ambulancia aérea:

i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser previamente aprobado por Bupa a través de USA Medical Services.
La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional a cien mil dólares americanos (US$100,000) por Asegurado, de por vida.

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

(b) Ambulancia terrestre:
La cantidad máxima pagada por este beneficio es de mil dólares (US$1,000) por evento.

2.18 COBERTURA EXTENDIDA A LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES AL DECESO DEL ASEGURADO TITULAR

En el caso de muerte del Asegurado Titular, Bupa proveerá cobertura continua para los Asegurados bajo esta póliza, otorgando dos (2) años de cobertura sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a una enfermedad que estaría cubierta bajo esta póliza de haber sobrevivido. Este beneficio se aplica solamente a las personas que queden en la póliza existente y terminará automáticamente en el caso en que el cónyuge sobreviviente contraiga matrimonio de nuevo o para los otros dependientes que dejen de ser elegibles para cobertura o a los cuales se les emita su propia póliza por separado.

2.19 CUIDADOS DE MATERNIDAD

Los planes MC plus, MD y ME no tienen cobertura de cuidados de maternidad.

(a) El beneficio máximo para esta cobertura es de cuatro mil dólares (US$4,000) para cada embarazo, incluyendo los cuidados de rutina del recién nacido, sin aplicación de deducible ni de coaseguro.

(b) Los tratamientos pre- y post-natales, parto, complicaciones del embarazo o del parto y el cuidado del recién nacido saludable están incluidos en el beneficio máximo de maternidad establecido en el párrafo precedente.

(c) Este beneficio aplicará sólo para maternidades cubiertas. Maternidades cubiertas son aquellas donde la fecha del parto o cesárea es al menos diez (10) meses después de la fecha efectiva inicial de cobertura para la madre asegurada o las que cumplan con los requisitos establecidos en el inciso siguiente. **No hay maternidades cubiertas en los planes MC plus, MD y ME.**

(d) Tratándose de las hijas dependientes del Asegurado Titular, únicamente se otorga cobertura a aquellas que tengan dieciocho (18) años de edad o más, siempre que hubieren estado cubiertas bajo esta póliza por lo menos dos (2) años anteriores a la fecha de inicio del embarazo. **En los demás casos no hay cobertura de maternidad para las hijas dependientes del Asegurado Titular.**

(e) Para aquellas Aseguradas cubiertas previamente como hijas dependientes del Asegurado Titular bajo otra póliza con Bupa por lo menos los dos (2) años anteriores a la fecha de inicio del embarazo, el beneficio de cuidados de maternidad se otorga desde inicio de vigencia de su nueva póliza individual, siempre y cuando exista continuidad en la póliza.

2.20 COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

Los planes MC plus, MD, y ME no tienen cobertura para el recién nacido.

(a) Cobertura provisional: Si nace de una maternidad cubierta, cada recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión, enfermedad o complicación del parto durante los primeros noventa (90) días después del nacimiento, hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000), sin deducible ni coaseguro.

(b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de una maternidad cubierta tenga cobertura permanente, se deberá presentar a Bupa una Notificación de Nacimiento consistente del nombre completo del recién nacido, sexo, talla, peso y fecha de nacimiento dentro de los primeros noventa (90) días de nacido. Entonces la cobertura será hasta la suma asegurada de la póliza desde la fecha de nacimiento, con el deducible y coaseguro aplicables.
Las complicaciones del nacimiento relacionadas a un recién nacido están limitadas a los beneficios máximos descritos en la cobertura provisional.
La prima para la inclusión de un recién nacido vence al momento de la notificación. Si la notificación no es recibida dentro de los noventa (90) días siguientes al nacimiento, será requerida una solicitud de seguro para la adición y se deberán presentar pruebas de asegurabilidad.

(c) Cuidados del recién nacido saludable:
Cubiertos en los términos establecidos en la cobertura de Cuidados de Maternidad.

(d) **Si no nace de una maternidad cubierta, no hay cobertura provisional para el recién nacido.** En este caso, para agregar al recién nacido a la póliza se requiere el envío de una solicitud de seguro, cuya aceptación estará sujeta a prueba de asegurabilidad.

2.21 DESÓRDENES HEREDITARIOS Y/O CONGÉNITOS

La cobertura bajo esta póliza para los desórdenes hereditarios y congénitos y sus complicaciones es como sigue:

(a) El beneficio máximo de por vida para cualquier desorden hereditario o congénito que se manifestare antes

que el Asegurado cumpla dieciocho (18) años de edad es de doscientos cincuenta mil dólares (US$250,000) por Asegurado, después del deducible y coaseguro (si corresponde).

(b) El beneficio de por vida para cualquier desorden hereditario o congénito que se manifieste en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después es igual al límite máximo de esta póliza, después del deducible y coaseguro (si corresponde).

2.22 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

El trasplante de órganos únicamente será cubierto si se proporciona dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio para procedimientos de trasplante. **NO EXISTE COBERTURA FUERA DE LOS HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE.** La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de quinientos mil dólares (US$500,000) de por vida. Este beneficio de trasplante de órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor médico aprobado por Bupa, coordinado por USA Medical Services y certificado por una segunda opinión médica o quirúrgica.
Este beneficio de trasplante de órganos está sujeto a todos los términos, coberturas y exclusiones de la póliza, e incluye:

(a) Cuidados previos al trasplante, como los servicios directamente relacionados con la evaluación de las necesidades del trasplante, la evaluación del Asegurado para el procedimiento del trasplante, la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.
(b) Estudios pre–quirúrgicos, incluyendo exámenes de laboratorio, Rayos X, tomografía computarizada, imágenes de resonancia magnética, ultrasonido, biopsias, medicamentos.
(c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) que está incluido como parte de la cobertura máxima en el beneficio de trasplante.
(d) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y médicamente necesario resultante del trasplante y cualquier complicación directa o indirecta consecuencia del trasplante.
(e) Cualquier medicamento o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
(f) Cuidados y tratamientos del Asegurado en su hogar los cuales han sido establecidos y aprobados por escrito por el médico tratante del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado del trasplante, siempre que sean aprobados previamente por Bupa.
(g) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

2.23 MEDICAMENTOS RECETADOS

Solamente los medicamentos que son recetados en una admisión hospitalaria mayor a veinticuatro (24) horas o después de una cirugía ambulatoria derivados de un evento amparado, serán cubiertos hasta el gasto incurrido y hasta por un período máximo de seis (6) meses. Transcurrido este período, la cobertura será de dos mil dólares (US$2,000) anuales una vez que se haya satisfecho el deducible anual.
Los medicamentos utilizados como quimioterapia y otras medicinas específicas usadas como alternativa a la hospitalización del paciente estarán cubiertas si son previamente autorizadas por Bupa a través de USA Medical Services. Para ser considerados se requiere que una copia de la receta del médico y la factura original detallada sea incluida con la reclamación.

2.24 TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

La cirugía reconstructiva o plástica será cubierta únicamente cuando sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada y sea plenamente demostrado a Bupa, previamente autorizada por ésta y coordinada por USA Medical Services.

2.25 NARIZ Y SENOS PARANASALES

Los gastos originados por tratamientos médicos quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales únicamente estarán cubiertos cuando sean consecuencia de un accidente amparado cuando exista fractura o ruptura, según aplique, siempre y cuando el tratamiento sea autorizado previamente por Bupa a través de USA Medical Services mediante la presentación de los estudios radiográficos pertinentes.

2.26 PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES

Los padecimientos preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

(a) Los que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
  i. Estarán cubiertos después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidos específicamente en un endoso a la póliza.
  ii. Estarán cubiertos después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años

antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidos específicamente en un endoso a la póliza.

(b) **Los que no son declarados y son conocidos por el Asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro NUNCA estarán cubiertos 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 a la omisión de dicha información por parte del Asegurado de conformidad con el Artículo cuarenta y siete (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

En el supuesto de que hubiera controversia entre el Asegurado y Bupa para determinar si el padecimiento y/o enfermedad que aquél haya sufrido sea preexistente, el Asegurado tendrá opción de acudir a un procedimiento de arbitraje médico al cual Bupa está conforme en someterse. De común acuerdo, ambas partes determinarán a la persona física o moral que fungirá con el carácter de árbitro. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá ningún costo para el reclamante.
El acuerdo de arbitraje se regirá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje, más lo que de común acuerdo las partes determinen.

2.27 AERONAVE PRIVADA

Los gastos originados por tratamientos ocasionados por lesiones o enfermedades resultantes de viajar como pasajero en una aeronave privada estarán cubiertos con un límite de doscientos cincuenta mil dólares (US$250,000) o su equivalente en moneda nacional por Asegurado, de por vida.

2.28 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En el caso de fallecimiento de un Asegurado fuera de su país de residencia, Bupa pagará hasta cinco mil dólares (US$5,000) por la repatriación de los restos mortales del Asegurado al país de residencia si la muerte resultó por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a los servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del Asegurado y transportarlo a su país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados con USA Medical Services.

2.29 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR HOSPITALIZADO

Los gastos incurridos e incluidos en la cuenta del hospital por la estadía nocturna de un acompañante durante la hospitalización de un dependiente Asegurado menor de dieciocho (18) años estarán cubiertos hasta cien dólares (US$100) por día, hasta un máximo de mil dólares (US$1,000) por cada hospitalización.

2.30 ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL

La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o accidente amparados o por cualquier tratamiento relacionado con los mismos, es de ciento ochenta (180) días continuos durante los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la primera admisión. Una vez transcurrido este plazo, los gastos que se originen serán cubiertos por el Asegurado Titular deslindando a Bupa de cualquier responsabilidad u obligación derivada de éstos.

2.31 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de cuatro (4) años de vigencia continua de la póliza siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en el territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura y sus complicaciones, por Asegurado de por vida, es de doscientos mil dólares (US$200,000).

2.32 SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un médico para el Asegurado y que no requiere hospitalización. Incluyen los servicios prestados en un hospital, sala de emergencia o quirófano.

2.33 PERIODO DE BENEFICIO

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

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

2.34 PERÍODO DE ESPERA

(a) Esta póliza tiene un período de espera general de cuatro (4) semanas a partir de la fecha efectiva de la póliza. Es el período a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de (a) accidentes que habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata, como politraumatismos, (b) enfermedades agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y enfermedades cerebrovasculares, siempre y

cuando no se encuentren relacionados con una enfermedad o padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

(b) Algunos beneficios cubiertos están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios. Esto significa que el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios y/o descripción del benefico.

2.35 ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Bupa eliminará el período de espera general solamente si:

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

(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

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

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

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

2.36 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.

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

Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

2.38 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.

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

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

(a) **Que no sea médicamente necesario, o**

(b) **Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado, o**

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

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

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

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

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

donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

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

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

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

3.6 Cualquier enfermedad, lesión o complicación diferente a las señaladas en el numeral 29 de los Gastos Cubiertos, que se manifieste durante las primeras cuatro (4) semanas contadas a partir de la fecha efectiva de la póliza.

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

3.8 Cualquier cargo relacionado con padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud o cuestionarios médicos, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad que surja como una complicación de los mismos.

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

3.10 Procedimientos de diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes del desarrollo o de la conducta, Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.

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

3.12 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, enfermedades transmisibles sexualmente.

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

3.14 Tratamientos para o como resultado de sobre peso, obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.

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

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

3.17 Tratamiento de lesiones resultantes de participación directa del Asegurado en cualquier actividad peligrosa.

3.18 Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta.

3.19 Cualquier enfermedad o desorden congénito como se define en esta póliza, excepto lo estipulado en el numeral 16. Desórdenes hereditarios y congénitos del Capítulo VII. Gastos Cubiertos.

3.20 Terminación voluntaria del embarazo, a menos que la madre esté en peligro inminente.

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

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

3.23 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH durante los primeros cuatro (4) años de cobertura posteriores a la fecha efectiva de la póliza.

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

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

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

3.27 Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, sanatorio o clínica, y medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.

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

3.29 Tratamiento por lesiones sufridas mientras viaja como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada, excepto si se contrata la cobertura adicional.

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

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

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

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

3.34 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.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1 INTEGRACIÓN DEL CONTRATO

La carátula de la póliza, las condiciones generales, los endosos y las coberturas opcionales que se incorporen, los cuales se emiten en consideración a las solicitudes, cuestionarios, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos solicitados al Contratante y/o Asegurado Titular por Bupa para la apreciación del riesgo, constituyen testimonio del contrato celebrado entre el Contratante y Bupa.

4.2 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

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

4.3 TÉRMINO DE TREINTA DÍAS PARA RECTIFICAR EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA (RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA) Y CANCELACIÓN

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

En caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante deseen cancelar esta póliza dentro de los treinta (30) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo de novecientos treinta y siete pesos con cincuenta centavos

($937.50) en moneda nacional y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de su vigencia.

La devolución de primas que en su caso proceda se realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de terminación del contrato.

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

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

En caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante decidan dar por cancelado el contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas. Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Asegurado Titular y/o el Contratante a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

4.4 MODIFICACIONES AL CONTRATO

Después de emitida la póliza, cualquier cambio o modificación al contrato o a las coberturas opcionales será válido siempre y cuando haya sido acordado por el Contratante y Bupa y se haga constar mediante endoso o cláusula adicional previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Bupa carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Los funcionarios autorizados de Bupa son los únicos que pueden modificar el contrato.

4.5 QUEJAS O INCONFORMIDADES

En caso de controversia, nuestro Asegurado inconforme podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de 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.

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

4.6 NOTIFICACIONES

Las notificaciones realizadas al Contratante y/o Asegurado Titular en el último domicilio señalado por éstos serán válidas hasta en tanto no notifiquen por escrito algún cambio en el mismo.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a Bupa por escrito, precisamente en el domicilio señalado en la carátula de la póliza, salvo en los casos establecidos en el Capítulo I denominado “Procedimiento para la Atención de un Evento”.

4.7 EDAD DE ADMISIÓN

Esta póliza sólo puede ser emitida a personas que sean residentes en territorio de la República Mexicana, con una edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para los dependientes elegibles, y hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad.

4.8 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

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

4.9 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

4.10 CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

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

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

(b) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del Recién Nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto u opción de Deducible y el producto u opción de Deducible anterior, siempre que el nuevo producto u opción de Deducible considere el beneficio y no especifique el reinicio del periodo de espera.

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

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

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

Cuando el Asegurado modifique su plan durante su vigencia o al aniversario para incrementar beneficios que se encuentran limitados a una suma definida en su plan previo, durante los primeros noventa (90) días del cambio se mantendrá el beneficio contratado originalmente a fin de garantizar que el cambio no tiene la intención de cubrir un

evento ya conocido y que por lo tanto su incremento de beneficio tomaría un carácter inequitativo en la condición de fortuito y no conocido que rige a la mutualidad que participa en estos planes. Superados los noventa (90) días, se activarán las sumas específicas del plan actual.
Esta consideración no aplica si es Bupa la que incrementa los beneficios como parte de la actualización anual que el plan ofrece y que a ese Asegurado corresponderá de forma general.

4.11 SUBROGACIÓN

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

4.12 CAMBIO DE ACTIVIDAD

El Asegurado deberá comunicar a Bupa dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca, cualquier cambio de actividad que pudiera agravar esencialmente el riesgo, tal como ingresar al servicio como miembro de la policía o de una unidad militar. Si el Asegurado omite el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa en lo sucesivo.

4.13 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

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

4.14 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

4.15 RENOVACIÓN GARANTIZADA

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

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

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

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

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

4.16 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

4.17 PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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

Cualquier prima vencida y no pagada será reducida de cualquier indemnización cubierta.

4.18 VENCIMIENTO

La prima vencerá en la fecha en que comience cada período de seguro y en la fecha de inclusión de un dependiente, en su caso.

4.19 LUGAR DE PAGO

El Contratante deberá pagar las primas pactadas a su vencimiento en las oficinas de Bupa indicadas en la carátula de la póliza contra entrega del recibo de pago de primas expedido por ésta.

4.20 PERÍODO DE GRACIA

Si la prima o la fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades, no es recibida en la fecha de su vencimiento, Bupa concederá un período de gracia de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de vencimiento para que la prima o la fracción correspondiente, en su caso, sea pagada.

Si la prima o la fracción correspondiente no es recibida por Bupa dentro del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios cesarán automáticamente a las doce (12:00) horas del último día de ese plazo.

4.21 COMPROBANTE DE PAGO

En caso de que la prima de la póliza sea pagada con cargo automático a una cuenta de cheques o a una tarjeta de crédito emitida por una institución bancaria en convenio con Bupa, el estado de cuenta en el que aparezca dicho cargo y su referencia a esta póliza fungirá como comprobante de pago, ya que el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente de dicho pago.

En caso de que por causas imputables al Contratante y/o Asegurado Titular no pueda efectuarse el cargo, el seguro cesará en sus efectos, por lo que el Contratante debe verificar que en su estado de cuenta se le haya realizado el cargo correspondiente de la prima a pagar. En caso de que no se reflejara el cargo en su estado de cuenta, el Contratante tiene la obligación de avisar a Bupa de que no fue realizado el cargo para que ésta proceda a realizar el cargo correspondiente.

4.22 EXPERIENCIA DE RECLAMACIONES

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

4.23 ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE DEPENDIENTES

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

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

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

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

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente. Para ello deberá presentar la solicitud correspondiente a Bupa dentro de los sesenta (60) días anteriores al vencimiento de la cobertura de su póliza anterior.

La suma asegurada para esta nueva póliza se determinará deduciéndole a la misma el monto de los gastos médicos cubiertos que se hubieren erogado mientras la póliza anterior estuvo en vigor.

4.24 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

El Contratante podrá solicitar la inclusión en la póliza de cualquier dependiente que cumpla con los requisitos

establecidos en la misma. La solicitud deberá hacerse en los formularios proporcionados por Bupa y quedará sujeta a pruebas de asegurabilidad.

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la póliza podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en el numeral 15. COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO del Capítulo VII. GASTOS CUBIERTOS.

4.25 AJUSTES DE PRIMA

En caso de altas de Asegurados o de aumento de beneficios, Bupa cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período del seguro.

4.26 MONEDA

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

4.27 INTERÉS MORATORIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

5.1 AVISO REQUERIDO Y SEGUNDA OPINIÓN MEDICA O QUIRÚRGICA REQUERIDA

(a) El Asegurado deberá contactar a Bupa a través de la administradora de servicios USA Medical Services, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico, ya sea dentro o fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa. En caso de requerir tratamiento médico de emergencia, el Asegurado deberá efectuar la notificación respectiva dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al inicio del tratamiento, sin importar si la emergencia fue atendida dentro o fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa.

Si el Asegurado no notifica a Bupa a través de USA Medical Services como se ha establecido previamente o no obtiene una segunda opinión quirúrgica requerida, será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, además del deducible y coaseguro correspondientes.

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

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

(b) Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a Bupa por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si Bupa considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado entre los proveedores en convenio con Bupa y en común acuerdo con el Asegurado.

En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, Bupa también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre los proveedores en convenio con Bupa y en común acuerdo con el Asegurado. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

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

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

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

5.3 SOLICITUD DE REEMBOLSO

El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados.
El asegurado titular y/o contratante deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, mediante el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa.
Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Para gastos complementarios, incluir siempre el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores. Los formularios de reclamación y de solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores pueden obtenerse comunicándose con su agente, con USA Medical Services, con Bupa Servicios de Evaluación Médica o directamente con Bupa por medio de Servicio al Cliente, o en la página web: www.bupasalud.com.mx
Para reclamaciones de dependientes que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el asegurado titular y/o contratante confirmando que dichos dependientes son solteros. En caso contrario, Bupa podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte.
Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes. Las facturas correspondientes a honorarios médicos, enfermería y farmacias podrán estar expedidas a nombre del asegurado titular y/o contratante; cualquier otro gasto distinto a los anteriores deberá estar emitido a nombre de Bupa, de acuerdo a los siguientes datos:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.
Bupa no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, Bupa podrá enviar copia de los mismos.
En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.
Este plan de seguro denomina los beneficios cubiertos en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta póliza independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la suma asegurada considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto. En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por Bupa a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el

equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la suma asegurada considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.
En caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante la cantidad menor entre la tarifa contractual

acordada entre el proveedor y Bupa y/o los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área geográfica en particular.
Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado.
En caso de que el asegurado titular y/o contratante fallezcan, Bupa pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del asegurado titular y/o contratante.
Para pago directo o reembolso, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de:

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

5.4 EXÁMENES MÉDICOS Y DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA

Bupa tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Asegurado cuyas enfermedades o lesiones sean la base de una reclamación, cuándo y cuantas veces lo considere necesario para determinar la procedencia de la misma, corriendo los gastos a cargo de Bupa. El Asegurado o sus representantes proporcionarán todos los resúmenes clínicos y reportes médicos cuando sean solicitados por Bupa y firmarán todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos. El no cooperar con Bupa o el no autorizar la entrega de los resúmenes clínicos solicitados por Bupa será motivo para que la reclamación sea rechazada. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa facultará a Bupa a rescindir la póliza.

5.5 COBERTURA GEOGRÁFICA

Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.
El Asegurado Titular y/o Contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia, tanto suyo como de cualquier dependiente incluido en la póliza, dentro de los primeros (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.

5.6 COMPETENCIA

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

5.7 PAGO DE RECLAMACIONES

Es política de Bupa efectuar los pagos directamente a médicos, hospitales certificados, sanatorios o clínicas en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Titular, después de aplicar el deducible y coaseguro que corresponda, los gastos médicos cubiertos cuya cantidad resulte la menor de:

(a) El costo de los servicios cobrados por el proveedor, o
(b) El costo de los servicios convenidos entre Bupa y el proveedor para el procedimiento correspondiente, o
(c) Los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades, deberá ser cubierto por el Asegurado Titular.
En caso de muerte del Asegurado Titular, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago a su sucesión legal.

5.8 QUEJAS O INCONFORMIDADES

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

5.9 COMITÉ DE APELACIONES

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

a) Nombre completo del asegurado y/o contratante.
b) Motivo de la queja o reclamación especificando las cuestiones sobre las cuales requiere pronunciamiento.
c) Documentos soporte de la queja o reclamación.
d) Lugar, fecha y firma del asegurado y/o contratante.

Dichas apelaciones deben ser enviadas al correo atencioncliente@bupa.com.mx . Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si es necesaria información y/o documentación adicional y en caso de ser necesario, realizará los trámites para obtenerla oportunamente.
Una vez validada la documentación, se asignará folio de seguimiento y dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles, el Comité de Apelaciones notificará al asegurado titular y/o contratante su resolución, el fundamento y el razonamiento en que se basó para esta dicha resolución. en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante.
Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el asegurado titular y/o contratante. Dicho recurso no tiene costo alguno para el asegurado titular y/o contratante.

6 AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ("Bupa México") con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México en su carácter de Responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("LFPDPPP"). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx.
Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 5202 1701 ext. 4417, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 12 de agosto del 2026 con el número CNSF-H0719-0054-2026/CONDUSEF-007247-01.

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

Tel. 55 5202 1701
atencioncliente@bupa.com.mx
www.bupasalud.com.mx

MEX-CG-MM-V25.01

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
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 día 12 de agosto del 2026 con el número CNSF-H0719-0054-2026/CONDUSEF-007247-01.