CONDICIONES GENERALES BUPA PLATINO EJECUTIVO

BUPA MÉXICO

CONTENIDO:

1. Definiciones 4
2. Cobertura Básica..... 10
3. Exclusiones y Limitaciones 17
4. Cláusulas Generales 20
5. ¿Cómo utilizar la póliza? 26
6. Aviso de Privacidad 31

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

1.2 ACCIDENTE GRAVE

Se entenderá por accidente grave aquel evento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, y que por su gravedad se haga necesario la hospitalización inmediata del Asegurado.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 AMBULANCIA AÉREA

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

1.6 AMBULANCIA TERRESTRE

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

1.7 AÑO CALENDARIO

Es el período que comprende del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

1.8 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.

1.9 ASEGURADO

Es la persona que se encuentra cubierta por Bupa por los riesgos que ampara esta póliza y quien ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos impuestos por ésta. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Titular y a los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

1.10 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.

1.11 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

Es la cantidad máxima acumulada que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que

haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

1.12 BUPA
Se refiere a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

1.13 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.

1.14 CAUSA
Una enfermedad, lesión o diagnóstico médico que da origen al reclamo de atención médica amparada en la póliza.

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

1.16 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.

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

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

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

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

1.18 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.

1.19 CONTRATO
Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Bupa en la solicitud de seguro. Las condiciones generales, la carátula de la póliza y los endosos y/o cláusulas adicionales en su caso, constituyen testimonio y forman parte del contrato de seguro.

1.20 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.

1.21 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.

1.22 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.

1.23 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE

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

1.24 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.

1.25 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.).

1.26 CULPA GRAVE

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

1.27 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.

1.28 DEDUCIBLE MÁXIMO POR PÓLIZA

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

1.29 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.

1.30 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.31 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.

1.32 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.

1.33 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.

1.34 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.

1.35 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.

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

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

1.38 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.

1.39 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.

1.40 EVENTO O INCIDENTE
Cada una de las enfermedades y/o accidentes amparados por la póliza.

1.41 FAMILIAR INMEDIATO
Se entenderá bajo este concepto el (la) cónyuge del Asegurado, el padre, la madre, los hermanos y los hijos.

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

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

1.44 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.

1.45 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.

1.46 HONORARIOS DE ANESTESISTAS
Cargos de un anestesista por su participación en la realización de un procedimiento quirúrgico o que sean médicamente necesarios para controlar el dolor.

1.47 HONORARIOS DEL ASISTENTE DEL CIRUJANO

Cargos del médico que asiste al cirujano en la realización de una operación quirúrgica.

1.48 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.**

1.49 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.

1.50 INFARTO

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

1.51 LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

1.52 LÍMITE MÁXIMO

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

1.53 MATERNIDADES CUBIERTAS

Son aquellas que ocurren después de diez (10) meses de cobertura continua en la presente póliza. En caso de rehabilitación de la póliza, dicho período de diez (10) meses correrá desde el día en que la póliza quede rehabilitada.

1.54 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.).**

1.55 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.

1.56 MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

1.57 PADECIMIENTO CONGÉNITO

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

1.58 PAÍS DE RESIDENCIA

El país:

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

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

1.59 PANDEMIA

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

1.60 PERÍODO DE ESPERA

Para algunas coberturas, es el período inmediato posterior al inicio de vigencia de la póliza durante el cual el Asegurado no está amparado y que se encuentra expresamente indicado en las coberturas aplicables.

El período de espera no aplicará en los casos de accidentes o emergencias que se compruebe ocurrieron durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de este contrato, se entenderá por período de espera el lapso de tiempo contado en días naturales en el cual la póliza una vez iniciada su vigencia, no podrá brindar cobertura, salvo las excepciones señaladas en estas condiciones o sus endosos.

1.61 PERÍODO DE SEGURO

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

1.62 PROVEEDORES

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

1.63 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.

1.64 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.

1.65 RECIÉN NACIDO

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

1.66 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA

La opinión de un médico distinto al que está atendiendo actualmente al Asegurado, aprobada y requerida por Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

1.67 SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un médico cuando el Asegurado no está hospitalizado. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia.

1.68 SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Estos servicios están cubiertos si son médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad cubierta por la póliza.

1.69 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.

1.70 SIGNOS

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

1.71 SÍNTOMA

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

1.72 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.

1.73 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.

1.74 TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

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

1.75 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 de terapia genética.

1.76 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedentes de un donante de la misma especie.

1.77 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

1.78 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.

1.79 TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

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

1.80 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.

1.81 USA MEDICAL SERVICES Y/O BUPA SERVICIOS DE EVALUACIÓN MÉDICA

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;
   En caso de un accidente o enfermedad amparada que sufra el Asegurado, coordinar los servicios proporcionados por los hospitales y/o proveedores en convenio.

b) 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.

1.82 VIGENCIA

Periodo de validez del Contrato.

2. COBERTURA BÁSICA

TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

2.1 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 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 10 (diez) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea medicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.
Para fines de claridad, cualquier notificación a Bupa o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes condiciones generales.

El beneficio máximo es de cinco millones de dólares americanos (US$5,000,000) por Asegurado, de por vida por todas las enfermedades y lesiones cubiertas durante la vigencia de la póliza, sujeto a los límites que se indican:

Suma Asegurada	US$5,000,000 por Asegurado, de por vida

Cobertura	**Beneficio Máximo**	
	Dentro de los hospitales y proveedores en convenio	**Fuera de los hospitales proveedores en convenio**
Habitación estándar del hospital y alimentación	Sin límite	US$800 por día
Habitación de cuidados intensivos y alimentación	Sin límite	US$800 por día
Los siguientes beneficios aplican para hospitales y proveedores en convenio		
Estadía máxima en el hospital por un evento	180 días en un período de 365 días	
Cobertura del recién nacido	US$25,000 de por vida	
Desórdenes hereditarios y/o congénitos manifestados antes de los dieciocho (18) años de edad	US$250,000 de por vida	
Desórdenes hereditarios y/o congénitos manifestados a partir de los dieciocho (18) años de edad	US$5,000,000 de por vida	
Servicio de ambulancia aérea	US$100,000 de por vida	
Trasplante de órganos	US$500,000 de por vida	
Terapias génicas	100%	
Ambulancia terrestre por evento o incidente	US$1,000	
Repatriación de restos mortales	US$5,000	
Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de • Sujeto a un copago de US$50	**Cobertura** 100%	

Nota: Las cantidades expresadas serán tomadas al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.
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.

2.2 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 10 (diez) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura o deriven de politraumatismos.

2.3 GASTOS CUBIERTOS

El plan Gastos Médicos Platino Ejecutivo ofrece dos planes de deducible:

	Plan 1	Plan 2
Deducible nacional	US$10,000	US$20,000
Deducible extranjero	US$10,000	US$20,000
Coaseguro	No opera	No opera

Nota: Las cantidades expresadas serán tomadas al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

2.4 COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Desde el momento en que la solicitud es recibida por Bupa y hasta la fecha de emisión de la póliza o treinta (30) días a partir de la fecha en que la solicitud es recibida, lo que suceda primero, Bupa acuerda asegurar a todos los propuestos Asegurados (incluyendo cónyuge y dependientes) por gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental por un beneficio máximo al equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos (US$25,000) por póliza. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta a los términos, coberturas y exclusiones establecidos en la póliza que el Asegurado está solicitando.

Este beneficio está sujeto al deducible escogido por el Asegurado y no aplicaría en el caso de que la solicitud sea rechazada por cualquier razón. En caso de que ocurriera un accidente mientras se está analizando la solicitud, esto no podrá ser razón para rechazar la solicitud.

2.5 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En la República Mexicana, el Asegurado podrá recibir la atención médica requerida con los médicos, proveedores médicos y hospitales de su elección. En el extranjero podrá optar por recibir la atención médica en los hospitales y proveedores con los que Bupa tenga convenio sin que sea aplicable coaseguro alguno, quedando a la libre decisión del Asegurado, excepto para emergencias.

(a) La lista de hospitales y proveedores en convenio con Bupa, así como los listados de hospitales con deducible específico está disponible en USA Medical Services o en Bupa Servicios de Evaluación Médica o en la página web www.bupasalud.com.mx, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

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

(c) En los casos de atención médica en hospitales y/o proveedores fuera de convenio con Bupa, se aplicará un coaseguro del treinta por ciento (30%) sin límite establecido.

(d) Podrá proceder el pago directo a hospitales y/o proveedores previa aplicación de deducibles según sea el caso (i) el hospital o proveedor debe estar debidamente certificado por el Consejo Nacional de Salud o su similar en el país que le corresponda y (ii) el hospital o proveedor debe aceptar las formas de pago establecidas por Bupa.

Bupa cubrirá los gastos médicos que a continuación se indican, incluyendo el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que éstos generen, hasta por el monto correspondiente al gasto usual, acostumbrado y razonable, con excepción de aquellas coberturas cuyo monto máximo a indemnizar se especifique.

2.6 SERVICIOS DE HOSPITAL

(a) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivados de un accidente o enfermedad cubiertos, que por indicación del médico sean necesarios para atender un evento, incluyendo medicamentos y materiales de curación para la atención del Asegurado.

(b) Habitación de hospital: habitación estándar de acuerdo a los límites especificados en la carátula de la póliza.

(c) Cuidado intensivo en el hospital, de acuerdo a lo especificado en la carátula de la póliza.

(d) Gastos incluidos en la cuenta del hospital por estadía nocturna de un acompañante durante la hospitalización de un menor de dieciocho (18) años, los cuales estarán limitados hasta el equivalente en moneda nacional a cien dólares americanos (US$100) por día hasta un máximo del equivalente en moneda nacional a mil dólares americanos (US$1,000) por cada hospitalización.

2.7 HONORARIOS DEL ANESTESISTA

La cobertura para los honorarios del anestesista debe ser aprobada previamente por Bupa a través de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica, salvo el caso de emergencia, y está limitada a lo que resulte menor de:

(a) Cien por ciento (100%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables por los honorarios del anestesista en el país de residencia del Asegurado, o

(b) Treinta por ciento (30%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables 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 para un área geográfica o país determinado por Bupa.

2.8 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 o por Bupa Servicios de Evaluación Médica, salvo el caso de emergencia. 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 para una área geográfica o país determinados por Bupa.

2.9 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.

2.10 HONORARIOS DE ENFERMEROS PRIVADOS PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL

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 o Bupa Servicios de Evaluación Médica. Se cubrirán como máximo tres (3) turnos de ocho (8) horas por día y hasta los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esta cobertura.

2.11 SERVICIOS MÉDICOS A PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

Servicios otorgados por el médico tratante que son necesarios para el cuidado médico del Asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, cuando éste no se encuentre internado en un hospital. Las consultas postoperatorias se consideran incluidas en los gastos incurridos por la cirugía.

2.12 SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

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

2.13 MEDICAMENTOS

Solamente los medicamentos que son recetados por primera vez en una admisión al hospital o después de una cirugía ambulatoria serán cubiertos y hasta por un período máximo de seis (6) meses, a menos que Bupa apruebe una extensión en la cobertura de los mismos. Drogas específicas como quimioterapia y otras medicinas específicas usadas como alternativa a la hospitalización del paciente pueden ser cubiertas si son previamente aprobadas por escrito por Bupa. Para ser aprobadas se requiere que una copia de la receta médica y la factura original detallada sean incluidas con la reclamación.

2.14 TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA

Un período inicial de hasta treinta (30) días, beneficios las 20 (veinte) primeras sesiones relacionadas con el diagnóstico sin necesitad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos expedidas por las autoridades competentes; las subsecuentes deberán de ser pre autorizadas por Bupa y sustentadas con un informe médico que indique la evolución del paciente así como la justificación médica acorde. Cualquier extensión de hasta treinta (30) días también debe ser aprobada por adelantado o la reclamación será negada. Para obtener cada aprobación se requiere presentar una evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

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

Después de la edad de sesenta y nueve (69) años, todas las enfermedades y lesiones cubiertas deben ser tratadas

por un hospital y/o proveedor en convenio con Bupa, excepto como se describe abajo:

(a) La póliza provee cobertura para tratamiento médico de emergencia fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio en aquellos casos en que el tratamiento médico es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física del Asegurado. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia a un hospital y/o proveedor en convenio serán pagados hasta el equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos (US$25,000) con el deducible normal de su plan. El Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los cargos médicos y de hospital que excedan el equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos (US$25,000) por servicios obtenidos fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio, excepto si son aprobados por escrito por Bupa.

(b) En caso de una admisión electiva o no debido a una emergencia, si el Asegurado no usa los hospitales y/o proveedores en convenio, o no notifica a Bupa a través de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica como se establece aquí, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos médicos y de hospital relacionados con el reclamo, en adición al deducible correspondiente.

Es importante mencionar que para este beneficio se utilizará una red especial de proveedores y se entiende como especial ya que maneja un mayor número de médicos geriatras, debido a que este beneficio es para los Asegurados mayores de sesenta y nueve (69) años y éstos requieren atención de un médico especialista. Por lo que respecta a los hospitales, se incluyen los mismos que la red de hospitales y/o proveedores en convenio. Esta red opera a nivel internacional, a excepción de México, en donde la persona mayor de edad tendrá la libertad de acudir con el médico u hospital que elija, quedando subsistente todo lo demás establecido en la presente cláusula.

2.16 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

El tratamiento dental de emergencia solo está cubierto en caso de accidente y debe de atenderse dentro de los primeros noventa (90) días posteriores a la fecha de ocurrido del accidente para estar cubierto por esta póliza.

2.17 TRANSPORTE DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solamente está cubierto si está relacionado con una condición amparada bajo esta póliza cuyo tratamiento no pueda ser proporcionado localmente y el transporte por cualquier otro método pueda resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del Asegurado. El transporte de emergencia hasta la instalación médica más cercana deberá ser provisto por una compañía legalmente constituida y aprobado el servicio por Bupa a través de USA Medical Services o Bupa servicios de Evaluación Médica. El pago al proveedor se puede realizar a través de pago directo o mediante reembolso. El vehículo o aeronave que se utilice debe contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para tratar emergencias médicas.

(a) Transporte de ambulancia terrestre: En este caso el Asegurado podrá solicitar el servicio a Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional de mil dólares americanos (US$1,000) por incidente.

(b) Ambulancia aérea:

i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser previamente aprobado y coordinado por Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional a cien mil dólares americanos (US$100,000) por Asegurado, durante el tiempo en que esté vigente la póliza en Bupa.

Bupa no se hace responsable de cualquier negligencia resultante de tales servicios o por demoras o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales o por el piloto debido a condiciones operacionales.

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

En el caso de fallecimiento del Asegurado Titular, Bupa proveerá cobertura continua para los dependientes asegurados bajo esta póliza, otorgando dos (2) años de cobertura sin costo alguno, si la causa del fallecimiento del Asegurado Titular se debió a una enfermedad que estaría cubierta bajo esta póliza de haber sobrevivido el Asegurado. Este beneficio se aplica solamente a los dependientes asegurados 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 y/o a los cuales se les emita su propia póliza por separado.

2.19 ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL

La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o lesión específica o por cualquier tratamiento relacionado con las mismas es de ciento ochenta (180) días 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, deslindando a Bupa de cualquier responsabilidad u obligación derivada de éstos.

2.20 COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

(a) Cobertura provisional: Si nace de una maternidad cubierta, el recién nacido estará cubierto por cualquier complicación del parto, lesión o enfermedad adquirida por los primeros noventa (90) días después del nacimiento hasta un máximo equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos

(US$25,000), sin deducible ni coaseguro.

(b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de una maternidad cubierta pase de una cobertura provisional a una permanente, se le debe dar de alta en la póliza dentro de los primeros noventa (90) días de nacido, presentando una notificación de nacimiento consistente del nombre completo del recién nacido, el sexo y la fecha de nacimiento. Entonces la cobertura será hasta el límite de la póliza desde la fecha de nacimiento, con el deducible, excepto para desórdenes hereditarios y/o congénitos como se describe en el numeral 2.21 DESÓRDENES HEREDITARIOS Y/O CONGÉNITOS.

Si la notificación de alta es recibida por Bupa después de los noventa (90) días después del nacimiento, se tendrá que llenar una solicitud de seguro para el recién nacido y la misma estará sujeta a evaluación para aceptación de Bupa.
La cobertura permanente entrará en vigor inmediatamente después de que se agoten los noventa (90) días establecidos para la cobertura provisional.
Los límites de la póliza para complicaciones del nacimiento relacionados a un recién nacido están limitados a los beneficios máximos descritos en el inciso (a) Cobertura provisional de este beneficio.

(c) **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 evaluación de riesgos por Bupa.

(d) Cuidados del recién nacido saludable: El cuidado de rutina del recién nacido no está incluido bajo este beneficio.

2.21 DESÓRDENES HEREDITARIOS Y/O CONGÉNITOS

La cobertura para desórdenes hereditarios y/o congénitos es la siguiente:

(a) Cuando los desórdenes hereditarios y/o congénitos sean manifestados por primera vez antes de los dieciocho (18) años de edad:

i. Los desórdenes hereditarios y/o congénitos que se manifiesten por primera vez después de doce (12) meses a partir de la fecha efectiva de la póliza y antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, están cubiertos bajo esta póliza. El beneficio máximo que se paga para esta cobertura está limitado al equivalente en moneda nacional a doscientos cincuenta mil dólares americanos (US$250,000) por persona. Los padecimientos congénitos serán cubiertos como cualquier otra enfermedad y están sujetos a todas las condiciones y exclusiones de la póliza, incluyendo deducible, siempre y cuando cubran el período de espera de doce (12) meses.

ii. Los padecimientos congénitos y hereditarios que se manifiesten por primera vez antes de la fecha efectiva de la póliza o durante los primeros doce (12) meses a partir de la fecha efectiva de la póliza y antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, están cubiertos bajo esta póliza. El beneficio máximo que se paga bajo esta cobertura está limitado al equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos (US$25,000) por Asegurado. Los padecimientos congénitos serán cubiertos como cualquier otra enfermedad y están sujetos a todas las condiciones y exclusiones de la póliza, incluyendo deducible, siempre y cuando se presenten sean dentro de los primeros doce (12) meses.

(b) El beneficio máximo por Asegurado para cualquier desorden hereditario y/o congénito que se manifieste después de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado y después de emitida la póliza es igual al límite máximo de esta póliza, después del deducible.

2.22 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 o de Bupa Servicios de Evaluación Médica mediante la presentación de los estudios radiográficos pertinentes.

2.23 TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

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

2.24 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

La cobertura de trasplante de órganos será proporcionada solamente dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio para trasplantes de órganos. No existe cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio para trasplantes de órganos. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional a quinientos mil dólares americanos (US$500,000) por Asegurado, 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, a través de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica, y certificado por una segunda opinión médica o quirúrgica.
Este beneficio de trasplante de órganos está sujeto a todos los términos, condiciones 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 (CT scan), imágenes de resonancia magnética (IRM), ultrasonido, biopsias, medicamentos y suministros.

(c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano, hasta un máximo equivalente en moneda nacional a veinticinco mil dólares americanos (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) Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la lesión, infusión, evaluación, etc.), transportación de emergencia, atención médica, visitas a la clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

2.25 PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES

(a) Declarados al llenar la solicitud: Los padecimientos preexistentes declarados al momento de solicitar el seguro se cubrirán después de dos (2) años de vigencia continua de la póliza contados a partir de la fecha efectiva de cobertura para la persona asegurada, siempre y cuando el Asegurado no haya recibido tratamiento ni haya presentado síntomas o signos de dicho padecimiento preexistente durante los primeros dos (2) años continuos de vigencia de la póliza y que no estén específicamente excluidos por un endoso a la póliza.

(b) Los padecimientos pre-existentes no declarados en la solicitud: Los padecimientos preexistentes no declarados quedan excluidos de esta cobertura, independientemente del derecho de Bupa de rescindir el contrato por omisión o inexactas declaraciones.
Si al Asegurado al momento de llenar la solicitud respectiva, se le practicara un examen por parte de Bupa, esta última no podrá aplicar la presente cláusula respecto de la enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se le haya aplicado y que no haya sido diagnosticado en el mismo.

2.26 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.

2.27 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En el caso de que un Asegurado fallezca fuera del país de residencia, Bupa pagará hasta el equivalente en moneda nacional a cinco mil dólares americanos (US$5,000) por la repatriación de los restos mortales del fallecido al país de residencia si la muerte resultó por una enfermedad o accidente que hubiese estado cubierto bajo los términos de la póliza si el Asegurado hubiese sobrevivido.
La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo al país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados conjuntamente con Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.28 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

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

2.29 PERÍODO DE ESPERA

(a) Esta póliza tiene un período de espera general de noventa (90) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Es el período a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de (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.

2.30 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.

2.31 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.

2.32 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 Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos pre-existentes que no cumplan con los requisitos que se establecen en la póliza en el numeral 2.25 PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad que surja como una complicación de un padecimiento excluido o no cubierto por esta póliza.

3.2 Legrados uterinos o aborto, así como sus consecuencias, cualquiera que sean sus causas.

3.3 Cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de la fecha efectiva de la póliza

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

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

3.7 Prótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que sean necesarios a causa de un accidente, deformidad o enfermedad cubierta por esta póliza.

3.8 Procedimientos de diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes del desarrollo o de la conducta, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica y cualquier desorden del sueño.

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

3.10 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.

3.11 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH.

3.12 Tratamientos, servicios o medicamentos que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento indicado o que sean considerados experimentales de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SSA) y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).

3.13 Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar, así como en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el asegurado.

3.14 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.

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

3.16 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.

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

3.18 Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.

3.19 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.

3.20 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.

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

3.22 Cualquier gasto originado por partos (maternidad).

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

3.24 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.

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

3.26 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, y medicamentos que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.

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

3.28 Tratamiento por lesiones sufridas mientras el Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada.

3.29 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.

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

3.31 Los equipos médicos durables y ortóticos, implantes quirúrgicos y medicinas altamente especializadas (por ejemplo, Interferón, Procrit, Avonex) no serán cubiertos, a menos que sean aprobados previamente y por escrito y coordinados por Bupa a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica. Si se aprueban, serán reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.

3.32 Medicina preventiva.

3.33 El cuidado de rutina del recién nacido.

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

- (a) **Que no sea médicamente necesario, o**
- (b) **Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio, o**
- (c) **Que no sea autorizado o recetado por un médico, doctor o profesional de la medicina, o**
- (d) **Que está relacionado con el cuidado personal, o**
- (e) **Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**

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

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

3.36 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.

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

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)

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).

4.4 CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

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

La cancelación o no renovación de la póliza surtirá efecto en el momento 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 deseen cancelar esta póliza dentro de los treinta (30) días indicados en la cláusula anterior 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 expedición de la póliza que es de setenta y cinco dólares (US$75) o su equivalente 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 procesase realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de terminación del contrato mediante cheque para abono en cuenta o transferencia bancaria.

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

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

4.5 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.

4.6 REPORTE DE MOVIMIENTOS

Altas: Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y de conformidad con lo siguiente:
Para el caso de un matrimonio, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio civil y el cónyuge quedará asegurado a partir de esa fecha siempre y cuando Bupa reciba aviso por escrito del Contratante, dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de dicho matrimonio. Dicha solicitud está sujeta a evaluación de riesgo.
Para que los hijos del Asegurado Titular puedan ser dados de alta, se requiere lo siguiente:

(a) Si un hijo es nacido de una maternidad cubierta, se requerirá dar notificación del nacimiento para el recién nacido. Si la notificación es recibida dentro de los noventa (90) días siguientes al nacimiento y la Asegurada tiene diez (10) meses de vigencia ininterrumpida en la póliza previos a la fecha de nacimiento, el alta será automática con la cobertura, sujeta a los términos y condiciones de la póliza.
(b) Si la notificación correspondiente es entregada después de los noventa (90) días, entonces será requerida una solicitud de seguro y la misma estará supeditada a la aceptación por parte de Bupa, después de valorado el riesgo.
(c) Si es un hijo nacido de una maternidad no cubierta, será requerida una solicitud de seguro y la misma estará supeditada a la aceptación por parte de Bupa, después de valorado el riesgo.

Bajas: Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia asegurada.
Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del período de beneficio.
Se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir de la fecha de aniversario, los hijos del Asegurado Titular que:

(a) Contraigan matrimonio.
(b) Cumplan los diecinueve (19) años de edad y no sean estudiantes de tiempo completo.
(c) Cumplan los veinticuatro (24) años de edad.

Ajustes: En caso de altas de dependientes 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.
En el caso de bajas de dependientes o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el cien por ciento (100%) de la prima no devengada menos el costo de la prima pagada, así como los gastos de expedición correspondientes.

4.7 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.

4.8 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.

4.9 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.

4.10 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".

4.11 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 Platino 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.

4.12 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.

4.13 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 FORMA DE PAGO

En caso de que el Asegurado Titular y/o Contratante tuviera contratada esta póliza y en la fecha del aniversario quisiera solicitar el cambio de forma de pago, deberá solicitarlo a Bupa.

4.15 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

4.16 ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

a) El número de póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
c) La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.

Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos que se envían al asegurado titular y/o contratante en formato impreso con el paquete inicial al contratar la póliza, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

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

4.17 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
(d) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente.

4.18 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 asegurado titular y/o contratante con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la rima, deducible o cualquier coaseguro aplicable a la misma.

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

4.19 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.

4.20 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.

4.21 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.

4.22 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.

4.23 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.

4.24 EXPERIENCIA DE RECLAMACIONES

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

4.25 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.

4.26 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 2.20 COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO del capítulo 2. COBERTURA BBÁSICA..

4.27 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.

4.28 PERÍODO DE BENEFICIO

Cuando la póliza no se renueve y cualquiera de los Asegurados efectúe gastos por un evento cubierto, Bupa cubrirá los gastos médicos amparados de acuerdo con las condiciones de esta póliza hasta por un período máximo de beneficio de treinta (30) días o hasta que se agote la suma asegurada, lo que ocurra primero. Se considerará que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico correspondiente o en la que se efectúa la compra de los medicamentos o material médico. Si la póliza se renueva y se encuentra en vigor, los gastos por cada enfermedad o accidente se continuarán pagando hasta agotar la suma asegurada.

4.29 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud formal por escrito realizada por el Asegurado y/o Contratante al correo atencioncliente@bupa.com.mx

5. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

5.1 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 y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica, 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 o Bupa Servicios de Evaluación Médica 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 correspondiente.

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 10 (diez) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea médicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.

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

(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 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.
Límite de Pago: Bupa tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, teniendo como límite lo que ocurra primero:

(a) El agotamiento de la suma asegurada, o
(b) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de la póliza y el período de beneficio establecido en la misma, o
(c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

5.8 QUEJAS

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

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

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

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

5.9 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 dicha resolución. en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante.

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

5.10 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.

5.11 CAMBIOS DE TARIFAS

La tarifa de primas y las condiciones del contrato aplicables serán las que rijan en la fecha de renovación, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El recibo extendido en las formas usuales de Bupa se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

5.12 INTERÉS MORATORIO

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

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

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

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

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

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

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

reposición;

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

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

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

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

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

(a) Los intereses moratorios;

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

(c) La obligación principal.

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

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

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

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

6 AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 11 de agosto del 2026 con el número CNSF-H0719-0069-2026/ CONDUSEF-007273-01.

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-V26.01