CONDICIONES GENERALES CORPORATE CARE UW

BUPA MÉXICO

CONTENIDO

1. Definiciones 4
2. Cobertura Básica 11
3. Exclusiones y/o Limitaciones Generales 16
4. Cláusulas Generales.....20
5. ¿Cómo utilizar la póliza?. 31
6. Aviso de Privacidad..... 33
7. Anexo de Transcripción de los Artículos Citados en las Condiciones Generales de la Póliza 33

1. DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en esta póliza, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de las coberturas.

1.1 ACCIDENTE

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

1.2 AÑO PÓLIZA

El periodo de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato y cualquier periodo subsecuente de doce (12) meses.

1.3 ÁREA DE COBERTURA

El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (llamados EE.UU. en este documento), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el empleador. Para los propósitos de esta cobertura, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE.UU. no son considerados parte de los Estados Unidos de América continentales.

1.4 ASEGURADO

El empleado y/o dependiente identificado en el Certificado individual. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes bajo la póliza.

1.5 ASEGURADO TITULAR

El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro Gastos Médicos y la primera persona identificado en el Certificado individual, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

1.6 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

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

1.7 BENEFICIOS CUBIERTOS

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

1.8 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

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

1.9 BUPA

La compañía de seguros que provee cobertura para los Asegurados de la colectividad.

1.10 CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento del contrato que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Titular y a cada dependiente cubierto.

1.11 COASEGURO

La porción de los gastos médicos cubiertos que el Asegurado debe pagar, después de aplicar el deducible pactado. El Asegurado es responsable por el porcentaje base seleccionado y que se especifica en la carátula de la póliza de los gastos cubiertos por una enfermedad amparada por la póliza, después de aplicar el deducible pactado.
El coaseguro es por año póliza, así como la aplicación de los límites respectivos.

1.12 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO

Patología o tratamiento de una situación adversa directamente imputable al embarazo o al alumbramiento. Se entenderá como complicaciones del Embarazo cualquiera de los siguientes supuestos, siendo enunciativos mas no limitativos:

a) Aquellas que provocan enfermedad o descompensación en el estado de salud de la madre asegurada como consecuencia del embarazo.
b) Aquellas que requieran tratamiento médico subsecuente a la terminación del embarazo cubierto. Aquellas que provocan complicaciones en el recién nacido no relacionadas con padecimientos congénitos.

1.13 CONSULTA

Visita a un médico para evaluar o tratar una enfermedad.

1.14 CONTRATANTE DE LA COLECTIVIDAD

La persona designada por el empleador para administrar la póliza de la colectividad. Esta persona es a quien Bupa dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a Bupa sobre cualquier cambio a la póliza en nombre de los Asegurados.

1.15 CUIDADO ASISTENCIAL

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

1.16 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE

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

1.17 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.).

1.18 CULPA GRAVE

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

1.19 DEDUCIBLE MÁXIMO POR PÓLIZA

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

1.20 DEDUCIBLE

La cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios sean pagaderos de acuerdo con el plan contratado.

(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 certificado igual a 2 (dos) deducibles individuales por certificado, por año póliza. de acuerdo con la tabla de deducibles.

(c) En el caso de que el deducible dentro del país de residencia hubiere sido satisfecho y posteriormente los servicios de atención médica se llevan a cabo fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.

(d) 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.

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

1.21 DEPENDIENTE

Cualquier persona mencionada en el Certificado individual que no sea el Asegurado Titular, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la póliza. Los dependientes podrán ser, respecto del Asegurado Titular: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, sobrinos, nietos o menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura 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 veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada en el 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, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, 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 y antes de cumplir 23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, 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.

1.22 DIAGNÓSTICO

Proceso por medio del cual el médico identifica una enfermedad o padecimiento a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha enfermedad o padecimiento, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

1.23 DONANTE

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

1.24 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.25 EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

1.26 EMPLEADOR

Persona física o moral con quien Bupa ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a sus empleados bajo este seguro de gastos médicos.

1.27 ENDOSO

Documento añadido por Bupa a la póliza colectiva que agrega y detalla una cobertura opcional adicional o característica específica.

1.28 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.

1.29 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

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

1.30 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:

(a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
(b) Que en un expediente o informe médico se determine su existencia, signos o síntomas con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, y/o;
(c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza, y/o;
(d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

1.31 ENFERMEDAD TERMINAL

La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

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

1.33 EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO
Equipo de ejecutivos de servicio Bupa, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los Asegurados con preguntas relacionadas con su póliza, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

1.34 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.

1.35 FECHA DE ANIVERSARIO
Es el día que se completa la vigencia de la póliza habiendo trascurrido trescientos sesenta y cinco (365) días desde su inicio.

1.36 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.

1.37 FECHA EFECTIVA
Fecha en la que comienza la cobertura, tal y como aparece en el certificado.

1.38 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO GASTOS MÉDICOS COLECTIVOS Y/O SUPLEMENTO MÉDICO
Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los empleados y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por Bupa para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el empleado durante la entrevista médica realizada por Bupa, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por Bupa antes de aprobar la póliza.

1.39 GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE
Es la cantidad máxima que Bupa considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de gastos médicos. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

1.40 GASTOS CUBIERTOS
Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la póliza que Bupa pagará tal como se especifica en las presentes Condiciones Generales y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo con los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

1.41 HOSPITAL
Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos.

1.42 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO
Grupo de hospitales y proveedores aprobados y contratados para atender a los Asegurados de Bupa. La lista de hospitales y proveedores en convenio con Bupa está disponible en USA Medical Services o en Bupa Servicios de Evaluación Médica y está sujeta a cambio sin previo aviso.

1.43 HOSPITALIZACIÓN
Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

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

1.45 LESIÓN
Daño infligido al organismo por una causa externa.

1.46 LÍMITE MÁXIMO

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

1.47 MÉDICAMENTE NECESARIO

El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

1.48 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.

1.49 MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS

Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

1.50 MEDICAMENTOS POR RECETA

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

1.51 MÉDICO O DOCTOR

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

1.52 CERTIFICADO INDIVIDUAL

La póliza colectiva contratada con Bupa por el empleador para proporcionar cobertura a los Asegurados.

1.53 PADECIMIENTO CONGÉNITO

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

1.54 PAGO DIRECTO

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

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

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

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

1.55 PAÍS DE RESIDENCIA

El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año póliza o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras que la póliza está en vigencia.

1.56 PANDEMIA

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

1.57 PERIODO AL DESCUBIERTO

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

1.58 PERIODO DE ESPERA

Lapso que debe transcurrir para que inicie la protección de las coberturas que ampara esta póliza.

1.59 PERIODO DE ESPERA GENERAL

Es el periodo a partir de la fecha efectiva de la póliza durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios que haya recibido, excepto cuando se trate de:

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

Exceptuando casos de accidente, en todos los casos anteriores deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del asegurado está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

1.60 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.

1.61 POLITRAUMATISMO

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

1.62 TRASPLANTE

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

1.63 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Una operación o cirugía, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.

1.64 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

1.65 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS

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

1.66 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.

1.67 RECEPTOR

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

1.68 RECIÉN NACIDO

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

1.69 RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

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

1.70 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA

Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

1.71 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados que el Asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos y sociales, así como adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

1.72 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Petición de los servicios y opinión de un médico distinto del médico tratante.

1.73 SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización.

Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

1.74 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

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

1.75 SERVICIOS HOSPITALARIOS

El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, 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. Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite.

1.76 SIGNOS

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

1.77 SÍNTOMA

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

1.78 SUMA ASEGURADA

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

1.79 SUMA ASEGURADA POR PERSONA, POR AÑO PÓLIZA

Monto en millones de dólares americanos por persona y por año póliza, 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 presentes Condiciones Generales.

La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes o enfermedades cubiertos ocurridos durante el mismo año de la póliza.

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

1.80 TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA

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

1.81 TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE

Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

1.82 TRATAMIENTO

Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.

1.83 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sanos que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

1.84 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a

cabo dicho tratamiento. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas, y por las autoridades de México.

1.85 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

1.86 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.

1.87 TERAPIA GÉNICA

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

2. COBERTURA BÁSICA

Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza de acuerdo con el estipulado en la carátula de la póliza.

2.1 GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

2.1.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS

Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

(a) La habitación estándar privada o semiprivada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care.

(b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de las tarifas usuales, acostumbradas y razonables dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care.

(c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.

2.1.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:

(a) El veinte por ciento (20%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o

(b) El veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o

(c) Las tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.

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

2.1.3 MEDICAMENTOS POR HOSPITALIZACION

Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).

2.1.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos al cien por ciento (100%) cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización y que resulten de una condición cubierta.

2.1.5 HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO CON BUPA

Bupa Corporate Care ofrece cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, independientemente de si el tratamiento se realiza dentro o fuera del país de residencia del Asegurado.

En los países donde Bupa cuenta con hospitales y/o proveedores en convenio, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de los gastos cubiertos si recibe tratamiento fuera de dicha lista.

Para obtener la lista de los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, por favor comuníquese con USA Medical Services o con Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(a) La lista de hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care está disponible a través de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica o en www.bupasalud.com.mx, y puede cambiar en cualquier momento.

(b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la lista de hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa para pólizas Corporate Care, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.

(c) En los casos en los que la lista de hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa no esté especificada en el país de residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los hospitales y/o proveedores que el Asegurado puede utilizar en su país de residencia.

2.2 GASTOS CUBIERTOS PARA PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

2.2.1 CIRUGÍA AMBULATORIA

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos al cien por ciento (100%). Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

2.2.2 SERVICIOS AMBULATORIOS

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

(a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio.

(b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente y de los cuales se concluya que existe una enfermedad cubierta por esta póliza.

2.2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos prescritos mediante receta médica para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente amparado bajo la póliza están cubiertos al cien por ciento (100%). En todos los casos deberá incluirse con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

2.2.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos al cien por ciento (100%) cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización y que resulten de una condición cubierta.

2.2.5 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos hasta un máximo de sesenta (60) sesiones por evento. Bupa sólo cubrirá los gastos por rehabilitación y fisioterapia cuando cumpla con los siguientes requisitos:

(a) El tratamiento derivado de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto por la póliza.

(b) Bupa cubrirá las sesiones indicadas en las presentes Condiciones Generales, relacionadas con el diagnóstico sin necesidad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos, expedidas por las autoridades competentes.

(c) Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la rehabilitación multidisciplinaria.

(d) De ser necesario continuar con el tratamiento por más de cuatro meses, se requerirá actualizar el informe médico para la evaluación correspondiente.

2.2.6 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre hasta un máximo de treinta (30) días por año póliza. Se cubre la atención médica en el hogar cuando:

(a) Es médicamente necesaria, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el hospital,

(b) Comienza inmediatamente después de la hospitalización,
(c) Es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y
(d) Se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico.

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

Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia estarán sujetas a un copago de US$50 por cada atención médica sin aplicar deducible, cubierto hasta el monto contratado de la póliza.

2.3 GASTOS CUBIERTOS PARA MATERNIDAD

2.3.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO

Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas. No hay cobertura de maternidad para hijos dependientes.

Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

• Cuidados prenatales, como ultrasonidos, cargos de obstetra y hospital
• Cuidados postnatales requeridos para la madre inmediatamente después del parto

(a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta la cantidad señalada en el certificado individual, por embarazo, sin deducible.
(b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta la cantidad señalada en el certificado individual, por embarazo, sin deducible. Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la Asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en 3.3.1 (a).

Esta cobertura aplica siempre y cuando la madre ha estado cubierta bajo esta póliza durante un periodo continuo de (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto.

2.3.2 COBERTURA PROVISIONAL DEL RECIÉN NACIDO

(a) Cobertura provisional:
Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del parto, hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US$50,000) sin deducible. Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:
i. Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la póliza de los padres, el administrador de la colectividad deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos especificados en las presentes Condiciones Generales.

La cobertura del recién nacido para complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito bajo complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto.

ii. Adición no-automática: La adición de bebés que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al bebé bajo la póliza de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, el Cuestionario Médico y una copia del certificado de nacimiento.
La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Gastos Médicos, el Cuestionario Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo.

Por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo o con su administrador de la colectividad para obtener más información.

2.3.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO

Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto están cubiertas al cien por ciento (100%), considerando incluidos en este concepto los gastos médicos relacionados con:

(a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia postparto y placenta retenida
(b) Complicaciones del recién nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias) tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, dificultad respiratoria y traumatismo al nacer

Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la

maternidad y el parto.
Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier padecimiento o enfermedad excluido o no cubierto bajo la póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo

de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.
Aplica coaseguro sujeto a la opción contratada.

Esta cobertura aplica siempre y cuando la madre ha estado cubierta bajo esta póliza durante un periodo continuo de (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto.

2.4 GASTOS CUBIERTOS PARA TRANSPORTACIÓN

2.4.1 TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del paciente. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

(a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de mil dólares (US$1,000) por incidente.

(b) Transporte por ambulancia aérea:
   i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services o por Bupa Servicios de Evaluación Médica.
   ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de veinticinco mil dólares (US$25,000) por incidente.
   iii. El Asegurado se compromete a mantener a Bupa, USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica, y a cualquier otra compañía afiliada con Bupa o con USA Medical Services o con Bupa Servicios de Evaluación Médica por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

(c) Viaje de regreso: Si el Asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue trasladado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.4.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta un máximo de cinco mil dólares (US$5,000), siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites siempre que sea posible legalmente, deben ser coordinados junto con USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.5 OTROS BENEFICIOS BUPA

2.5.1 TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos al cien por ciento (100%). Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimioterapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos al cien por ciento (100%). Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por año póliza.

2.5.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL

Los gastos incurridos por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos al cien por ciento (100%) hasta el límite máximo por año póliza.

2.5.3 COBERTURA DE TRASPLANTE

El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto hasta un máximo de un millón de dólares (US$1,000,000) de por vida, limitándose si fuera el caso a la suma asegurada del certificado, es decir, esa suma asegurada es sin reinstalación hasta su agotamiento, incluyendo en este límite todas las renovaciones del contrato que en su caso se realicen, después del deducible correspondiente. El beneficio para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical

Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:

(a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
(b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales, están incluidos en este beneficio.
(d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
(e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
(f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
(g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

La cobertura de beneficios está sujeta a la aprobación de USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento.

La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica.

El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

2.5.4 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y/O HEREDITARIOS

a) Asegurados nacidos dentro de la póliza

Los gastos médicamente necesarios para padecimientos congénitos y/o hereditarios están cubiertos.

b) Asegurados nacidos fuera de vigencia

Los gastos erogados durante la vigencia, aun cuando el diagnostico haya sido previo a la contratación de la póliza con Bupa, y sean médicamente necesarios para padecimientos congénitos y/o hereditarios están cubiertos de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de preexistencias.

2.5.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES

Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia y los medicamentos altamente especializados están cubiertos sujeto a la condición de ser aprobados y coordinados previamente por USA Medical Services o por 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.

2.5.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización)

Bupa Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del Asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica, como se indica en estas Condiciones Generales. Todos los gastos médicos de un proveedor sin convenio con Bupa en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital en convenio con Bupa.

2.5.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un periodo de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras.

2.5.8 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

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

medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

2.5.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos al cien por ciento (100%) para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica.

2.5.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está cubierta hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US$50,000) de por vida, aplicando un periodo de espera de doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este periodo.

2.5.11 COBERTURA DE PAGO DE COMPLEMENTOS

Este beneficio es opcional y debe estar especificado en las condiciones de cobertura contratadas.

Bupa pagará los gastos complementarios de reclamaciones abiertas en la compañía inmediata anterior a su ingreso a la póliza de Bupa, siempre y cuando por las condiciones de cobertura de la compañía previa, los gastos reclamables correspondan al periodo donde el Asegurado pierda el derecho de protección que aquella le otorgaba por salir de dicha póliza y siempre que el padecimiento en cuestión no esté excluido en la póliza de Bupa, o que haya sido rechazado por la compañía anterior.

2.5.12 COBERTURA POR PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Esta cobertura es opcional y debe estar especificado en las condiciones de cobertura contratadas.

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento o síntoma, previo a la celebración del contrato cuando:

(a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad o síntoma conocido o sospechoso, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado, o

b) Se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien

c) Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

En ningún caso estarán cubiertos los padecimientos preexistentes si estos no fueron declarados desde el inicio de la contratación o cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya erogado gastos por cualquier padecimiento no declarado previo a la celebración del contrato. estudios para establecer el diagnóstico de un padecimiento, podrá solicitar al asegurado el resultado del estudio correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o Cuando previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

2.5.13 DERECHO DE CONVERSIÓN

Cualquier Asegurado que cause baja por renuncia o despido de la colectividad asegurada tendrá derecho a que si lo solicita dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, se le otorgue una póliza individual denominada Advantage DC sin presentar suscripción o pruebas de asegurabilidad, reconociendo la antigüedad que haya logrado en el seguro colectivo Corporate Care UW, y aplicando para el cálculo de la prima correspondiente por conversión la tarifa que se encuentre en vigor en ese momento en el plan individual, manteniendo la calificación de riesgo que tenía en la colectividad de la que proviene al momento de la separación.

En dicha póliza individual se otorgará el nivel de cobertura de suma asegurada del plan Corporate UW, los demás términos y condiciones de cobertura serán los que correspondan al plan individual Advantage DC vigente al momento del cambio.

Las reclamaciones procedentes que se presentaron durante su cobertura en la póliza de seguro colectivo, quedarán cubiertas en la nueva póliza individual de conversión aplicando los límites, deducibles y coaseguros especificados en las Condiciones Generales del plan individual. En caso de que dicho Asegurado no desee contratar la póliza individual de conversión Advantage DC, se aplicará lo dispuesto en la cláusula de PERIODO DE BENEFICIO de estas Condiciones Generales.

2.5.14 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/O LIMITACIONES GENERALES

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

3.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

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

- **(a) Que no sea médicamente necesario, o**
- **(b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o**
- **(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
- **(d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, o**
- **(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**
- **(f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.**

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

3.2 GASTOS POR DONACIÓN ELECTIVA DE ÓRGANOS

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

3.3 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO

Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos auto

infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado.
Enfermedades o tratamientos derivados de suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave.

3.4 TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN

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

3.5 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OIDOS

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

3.6 MEDICINA ALTERNATIVA

Tratamiento naturista, quiropráctico u homeopático, medicamentos naturistas u homeopáticos, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.

3.7 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO

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

3.8 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

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

3.9 GASTOS MÉDICOS EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Tratamiento en cualquier institución de seguridad social o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar, gastos para tratamientos por epidemias que han sido puestas bajo el control de una autoridad gubernamental.

3.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA

Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o

del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.

3.11 GASTOS QUE EXCEDAN EL GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE
Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

3.12 COMPLICACIONES DE PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES NO CUBIERTAS
El tratamiento o servicio por cualquier padecimiento médico, mental o dental relacionado con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otros padecimientos específicamente excluidos o no cubiertos bajo esta póliza.

3.13 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO
Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.

3.14 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES
Tratamiento de lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

3.15 VIH/SIDA
Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del periodo de espera de doce (12) meses.

3.16 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL
La admisión voluntaria por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.

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

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

3.19 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL
Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.

3.20 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS
Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. También están excluidos los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

3.21 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR
Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con radiación ionizada, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares, o bien polución o contaminación relacionada con cualquiera de los anteriores.

3.22 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO
Cualquier gasto, servicio o tratamiento para o como resultado de obesidad y/o control de peso, tales como suplementos alimenticios, asesoría nutricional, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, así como sus complicaciones.

3.23 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO
Tratamiento con 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.

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

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

3.26 ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER
Consultas, estudios y tratamientos relacionados con el Alzheimer.

3.27 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO Y LA SEXUALIDAD
Cualquier tratamiento hormonal o quirúrgico para el cambio de sexo total o parcial, cualquiera que sea su causa u origen, así como las complicaciones del mismo.

3.28 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD
Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad, control de la natalidad, infertilidad incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria masculina o femenina, la inseminación artificial y la maternidad subrogada.

3.29 COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD DEBIDO A TRATAMIENTO DE FERTILIDAD
Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

3.30 TRATAMENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS
Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.

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

3.32 CUIDADO PODIÁTRICO
Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis 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.

3.33 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA
Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, 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 y otras condiciones de la mandíbula o 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.

3.34 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL
Cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, excepto

cuando han sido causadas por politraumatismo en un accidente cubierto bajo la póliza. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por Bupa. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser documentada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

3.35 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA

Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tal como gastos de hotel.

3.36 CHECK UP Y EXÁMENES DE RUTINA

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

3.37 ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS

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

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1 CONTRATO

Esta póliza, los certificados individuales, los endosos, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma se emiten en consideración a la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado Titular o el Contratante. En consecuencia, dichos documentos constituyen prueba del contrato celebrado entre el Contratante y Bupa y en su caso, de sus renovaciones.

El Contratante está obligado a declarar en el cuestionario contenido en las solicitudes mencionadas todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

De igual forma, para aquellos Asegurados que brinden su consentimiento para pertenecer a la colectividad, después de (30) días naturales de haber ingresado, deberán declarar en la solicitud todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas.

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

4.2 AGRUPACIONES ASEGURABLES

Para considerarse como agrupación asegurable, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Formar parte de un conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
2. Contar un mínimo de 10 asegurados titulares.
3. Cumplir con lo establecido en la cláusula de elegibilidad en estas Condiciones Generales.

4.3 DERECHO DE 30 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA

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

En caso de que el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los treinta (30) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada, menos el costo administrativo y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante a Bupa.

En caso de que haya un cambio de Contratante, Bupa tendrá la facultad de dar por terminado de manera anticipada el contrato en los siguientes treinta (30) días a partir de la fecha de notificación del cambio concluyendo las obligaciones de Bupa quince (15) días posteriores a la notificación de terminación que haga Bupa al nuevo

Contratante. En este caso, Bupa devolverá la parte proporcional de la prima que corresponda al tiempo no transcurrido de la vigencia contratada.
La devolución del importe de la prima pagada que corresponda, se realizará dentro de los 30 días hábiles posteriores a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia electrónica.

4.4 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD

Esta póliza es emitida en base a los datos proporcionados en la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado Titular y/o Contratante. Si alguna información en dichos documentos es incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida por parte del solicitante, facultará a Bupa para rescindir el presente contrato.
Si la información es incorrecta, incompleta u omitida por parte del Asegurado Titular y/o Contratante, Bupa estará facultada para rescindir parcialmente los efectos del contrato, respecto de dicho Asegurado Titular, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el Artículo cuarenta y siete (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.5 ELEGIBILIDAD

Esta póliza solamente puede ser contratada en la República Mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de agrupaciones asegurables, señalada en esta póliza. 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), 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 estudiantes de tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada en el 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 necesidad de una 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 con Bupa. La solicitud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el periodo de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

4.6 OPCIONES DE DEDUCIBLE

Bupa ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo de la opción que su empleador haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte su certificado individual o pregunte al administrador de la colectividad para obtener más información sobre su plan y opción de deducible.
Cualquier beneficio cubierto por esta póliza contempla la necesidad de participación del deducible y/o coaseguro por parte del asegurado, salvo que se estipule lo contrario.
Aplica un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible aplicado cuando el tratamiento amparado es realizado fuera del país de residencia. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de su cobertura familiar, Bupa aplica un deducible máximo por certificado igual a 2 (dos) deducibles individuales por certificado, por año póliza., de acuerdo con la siguiente tabla de deducibles:

	Deducible en US$		
Plan de Deducible	En México	En el extranjero	Familiar
B2B1	0	1,000	2,000

B2B2	500	2,000	4,000
B2B3	1,000	4,000	8,000
B2B4	2,000	5,000	10,000
B2B5	5,000	10,000	20,000
B2B6	10,000	10,000	20,000

En caso de recibir atención médica por el tratamiento de condiciones médicas cubiertas, el Asegurado Titular deberá pagar directamente al proveedor la cantidad establecida como deducible en su certificado individual.

4.7 OPCIONES DE COASEGURO

El Asegurado es responsable por el porcentaje base de los gastos cubiertos por una enfermedad amparada por la póliza, después de aplicar el deducible pactado, que fue seleccionado y se encuentra especificado en su certificado individual.
El coaseguro es por año póliza, así como la aplicación de los límites respectivos.

Opción de Coaseguro
0% de coaseguro (Sin coaseguro)
10% con límite de US$2,500 por Asegurado y US$5,000 por familia

4.8 COBERTURA GEOGRÁFICA

Bupa ofrece la opción de elegir cobertura mundial incluyendo o excluyendo los Estados Unidos de América para acomodar las necesidades regionales o económicas específicas de la colectividad. En este producto, la cobertura en los Estados Unidos de América está incluida.

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

4.9 AUTORIDAD

Ningún agente de seguros ni persona alguna que no esté expresamente autorizada por Bupa, tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre las partes y sea hecho constar por un endoso a la póliza registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.10 NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a Bupa, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquélla al Contratante.

4.11 REGISTRO DE ASEGURADOS Y DEPENDIENTES

Con base en los datos proporcionados por el Contratante y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, Bupa elaborará un registro de Asegurados para el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de inicio de la cobertura respecto de cada Asegurado y de cada uno de sus dependientes, domicilio, teléfono, CURP o RFC y ocupación de todos ellos.

4.12 EDAD

Bupa podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados o sus dependientes.
En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus dependientes, pero la edad real se encuentre dentro de los límites de aceptación, se adoptarán las siguientes medidas:
Si se hubiese pagado una prima mayor a la que correspondería a la edad real del Asegurado, Bupa devolverá al Contratante el setenta por ciento (70%) de la prima en exceso que hubiese pagado. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo con la edad real del Asegurado.
Si se hubiese pagado una prima inferior a la que correspondería a la edad real del Asegurado, Bupa solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus dependientes y la edad real se encuentre fuera de los límites de aceptación, Bupa estará facultada para rescindir parcialmente los efectos del contrato, respecto de dicho Asegurado y/o de sus dependientes.

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 (de 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 MODIFICACIONES AL PLAN

El Contratante puede solicitar modificaciones en las condiciones del plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éstas deben ser notificadas por escrito y recibidas antes de la fecha de aniversario. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo.

4.15 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

Cuando el Contratante solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Contratante solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

4.16 RESIDENCIA

El Contratante debe notificar por escrito a Bupa, cualquier cambio del país de residencia de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) 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 residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana.

La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a Bupa para dar por terminado de manera anticipada el contrato de seguro 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 periodo 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.

4.17 RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

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

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

(a) Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.

(b) Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;

(c) Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

(a) Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;

(b) Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta

(c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

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

4.18 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

4.19 COMITÉ DE APELACIONES

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

Esta petición debe incluir un escrito que contenga lo siguiente:

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

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

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

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

4.20 ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al Procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.

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

4.21 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.

4.22 COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Las coberturas especificadas en esta póliza surtirán efecto respecto a cada Asegurado y sus dependientes a partir de las cero (00:00) horas de la fecha de alta de cada uno de ellos, como se indica en la carátula de la póliza, o en su caso, lo que señale el certificado de inclusión a la póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura termina a las veinticuatro horas (24:00) 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 Contratante o del Asegurado Titular para terminar su cobertura, o
(d) A solicitud por escrito del Contratante o del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente.

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

(a) El agotamiento de la suma asegurada;
(b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta (30) días después de su vencimiento;
(c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que afecte al Asegurado.

4.23 REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de miembros de la agrupación asegurada y de sus dependientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurran. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante traerá como consecuencia que Bupa, en caso de siniestro, sólo cubra a los miembros dados de alta como Asegurados.

Altas: Si el reporte se efectúa dentro del periodo de tiempo mencionado, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona que sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de Bupa conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para los hijos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, su aceptación estará garantizada si se da aviso dentro de los noventa (90) días posteriores al nacimiento, presentando el acta de nacimiento. En caso

contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de Bupa conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para solicitar.
Para las agrupaciones asegurables donde la participación de los Asegurados sea voluntaria y contributoria, tendrán un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, para dar de alta a Asegurados o dependientes, no permitiendo altas subsecuentes a menos de que se trate de personas de nuevo ingreso a la agrupación asegurable y soliciten ser Asegurados dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su ingreso.
Bajas: Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la agrupación asegurada, así como sus dependientes; como consecuencia, los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.
El Contratante estará obligado a reintegrar a Bupa los pagos por reclamaciones que ésta hubiere efectuado, si demuestra que el pago lo realizó a causa de la omisión o negligencia en los avisos de bajas por parte del Contratante. En tales casos, Bupa dará aviso y requerirá por escrito al Contratante para que éste efectúe el pago dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción del requerimiento. Si el Contratante se abstuviere de realizar el pago, el presente contrato se dará por terminado sin necesidad de aviso o declaración judicial, sin perjuicio de Bupa para que ejercite las acciones correspondientes.

4.24 AJUSTE AL MONTO DE LA PRIMA

En casos de alta o baja de Asegurados o dependientes, Bupa cobrará o devolverá al Contratante la parte faltante de la prima o la que le exceda, respectivamente, calculada proporcionalmente al lapso comprendido entre la fecha del movimiento y la del vencimiento del periodo de seguro, de acuerdo con la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.25 MONEDA

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

4.26 INTERÉS MORATORIO

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en

el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.27 OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO

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

4.28 PRUEBA DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, los certificados individuales, los endosos y las cláusulas adicionales, y las coberturas que se agreguen al mismo se emiten en consideración a la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Asegurado o el Contratante. En consecuencia, dichos documentos constituyen prueba del contrato celebrado entre el Contratante y Bupa, y en su caso, de sus renovaciones.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la agrupación asegurada.

4.29 PAGO DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la prima del seguro, la cual se calcula según la edad de cada Asegurado y es determinada por Bupa de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. La prima de 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 en la fecha de su vencimiento. El Contratante podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.
Los avisos de prima son enviados como una cortesía, y Bupa no garantiza la entrega de los mismos. Si el Contratante no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento y no sabe el monto del pago de su prima, deberá comunicarse con su agente o directamente con Bupa.
El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del periodo de gracia establecido. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (periodo de gracia), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las (24:00) horas del último día de ese plazo.

4.30 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.

4.31 OTROS SEGUROS

El Contratante y el Asegurado Titular tendrán la obligación de poner en conocimiento de Bupa la existencia de otros seguros de accidentes y enfermedades (que incluyen coberturas de accidentes personales, gastos médicos y salud) que contraten durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las compañías de seguros, el número de las pólizas contratadas y las sumas aseguradas.
Si el Contratante o el Asegurado Titular omite el aviso referido, Bupa podrá dar por terminado anticipadamente el contrato.

4.32 EXÁMENES FÍSICOS

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

4.33 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”.

4.34 REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

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

(a) El Contratante lo solicite por escrito a Bupa.
(b) El (los) asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.
(c) El Contratante presente los documentos necesarios establecidos para solicitar la rehabilitación.

Bupa comunicará por escrito al Contratante la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso Bupa no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. En caso de aprobar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente una oferta de cobertura.

No se cubrirán enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el periodo al descubierto.

4.35 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 Contratante le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza 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.

Una vez recibida la solicitud de terminación del contrato de seguro, se realizará la devolución correspondiente de acuerdo con lo señalado en el primer párrafo de la presente cláusula, a más tardar dentro de los siguientes diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de terminación, lo cual se realizará mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o transferencia bancaria.

El Contratante y/o el Asegurado Titular están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos, 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 (70) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa quedarán extinguidas si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

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

4.36 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA

El Contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía.

Asimismo, deberá notificarse la defunción de cualquier Asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias en caso de que hayan omitido notificarle tales sucesos.

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

4.37 SUBROGACIÓN

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado 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.

4.38 LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Con la elección que el Asegurado hace de sus médicos, hospitales y diversos prestadores de servicios profesionales para la atención y cuidados de su salud, se asume que la relación que se establece entre ellos tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de dicha elección es voluntario. Por lo cual, Bupa no tendrá responsabilidad profesional, civil, penal o de cualquier naturaleza que sea determinada por motivo de la práctica profesional de los médicos que son elegidos por el Asegurado.

4.39 BENEFICIOS FISCALES

Los beneficios fiscales constituyen deducciones personales para el Asegurado por las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

4.40 PERIODO DE BENEFICIO

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

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

4.41 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El Contratante tendrá derecho a la renovación de su póliza de manera automática, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando la institución o sociedad mutualista o el Contratante notifiquen por escrito por el contrario su voluntad de no renovarlo cuando menos veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en las mismas condiciones en que fueron contratadas siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Bupa informará al Contratante o al Asegurado Titular con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza los valores de la prima y el deducible aplicable a la misma.

Para la determinación de las primas de renovaciones, se analizará la situación de riesgo que en conjunto tienen los participantes del seguro y se determinará una calificación de riesgo general de toda la colectividad, la cual se utilizará para diferenciar el valor de primas que específicamente le corresponderá dada su expectativa de riesgo siniestral.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al mismo plan, si el Contratante no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, de acuerdo con la descripción que del tema se hace en las cláusulas DEDUCIBLE y CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN.

4.42 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.

4.43 BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

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 con lo establecido en esta póliza.

4.44 COMISIONES INTERMEDIARIOS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro.

La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud formal por escrito realizada por el Asegurado y/o Contratante al correo atencioncliente@bupa.com.mx

5. ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?

5.1 NOTIFICACIÓN A BUPA

El Asegurado debe notificar a Bupa, o a la administradora de reclamaciones de la misma, USA Medical Services o

Bupa Servicios de Evaluación Médica, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Cualquier tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no notifica a Bupa a través de USA Medical Services o de Bupa Servicios de Evaluación Médica como se ha establecido previamente, será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden.

Si el Asegurado no notifica a USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica antes de su tratamiento, Bupa no garantiza el pago directo al proveedor.

La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica y haya erogado algún gasto dentro de los primeros 10 (diez) días naturales inmediatos posteriores al accidente y este sea 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 o USA Medical Services o a Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las presentes Condiciones Generales.

5.2 ¿CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO?

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

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

En Ciudad de México:	55 5202 1701
Correo electrónico:	atencioncliente@bupa.com.mx
Y las 24 horas del día, los 365 días del año:	800 326 3339
En México sin costo:	800 227 3339
En los EE.UU.:	+1 305 275 1500
En los EE.UU. sin costo:	+1 800 726 1203
Fax:	+1 305 275 1518

Correo electrónico:

Para tramitar pago directo (atención médica nacional):	dictamen@bupa.com.mx
Para reembolso (atención médica en México o en el extranjero):	siniestros@bupa.com.mx
Para notificación de accidentes en México:	dictamen@bupa.com.mx
Para notificación de accidente en el extranjero:	usamed@bupalatinamerica.com
Servicios en línea	www.bupasalud.com.mx Sección “Mi Bupa”
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupasalud.com.mx

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

5.3 SOLICITUD DE REEMBOLSO

El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados.

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

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

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

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

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

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

(a) Aprobar un pago directo, o

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

5.4 PAGO DE RECLAMACIONES

Bupa tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales certificados en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Titular la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado.

En caso de que el Asegurado Titular fallezca, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario designado en formulario correspondiente y a falta de esta designación a la sucesión del Asegurado. USA Medical Services o Bupa Servicios de Evaluación Médica deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la indemnización antes de (1) Aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al Asegurado Titular.

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

7. ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la

indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.
En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.
En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.
ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:
I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.
Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.
Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:
a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.
Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.
La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.
El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las

operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.
Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.
La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.
Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.
Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.
Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.
Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.
Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.
Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.
Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.
Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.
Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. Artículo
Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.
Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II.- En dos años, en los demás casos.
En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.
Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituído a su favor.
84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución

Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

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

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

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

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

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

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

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

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

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

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

competentes conforme a las normas aplicables.
Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:
I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;
Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.
Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.
El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.
II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.
Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.
III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.
Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.
Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.
La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.
Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.
Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.
El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:
I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas, así reconocidos por sus autoridades propias.
Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.
La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.
Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:
I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo

empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros.
En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.
Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.
La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.
Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.
Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada.
Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.
Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico
mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.
Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.
Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.
Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.
Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.
Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.
La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.
Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.
En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.
Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.
Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:
I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.
Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;
II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio par
a la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.
No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:
a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.
Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.
El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.
Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:
I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.
Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.
En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXIII. La dación en pago con inmuebles y automóviles.

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

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

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

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

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

Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá prever en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento, los mecanismos con base en los cuales deban examinarse los antecedentes y propósitos de aquellas Operaciones que deban ser presentadas al Comité para efectos de su dictaminación como Operaciones Inusuales, conforme a las presentes Disposiciones.

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

Para facilitar el proceso de identificación de Operaciones Inusuales, la Secretaría deberá asesorar regularmente a las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros y proporcionar guías, información y tipologías que permitan detectar Operaciones que deban reportarse conforme a las presentes Disposiciones.

En el proceso de determinación de las Operaciones Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán apoyarse en su Manual de Cumplimiento, así como cualquier otro documento o manual elaborado por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas y, además de esto, considerar las guías elaboradas por la Secretaría, así como por organismos internacionales y agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención y combate de operaciones con recursos de procedencia ilícita y de financiamiento al terrorismo, de los que México sea miembro, que dicha Secretaría proporcione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. Informar al área competente de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, respecto de conductas realizadas por sus directivos, funcionarios, empleados o apoderados, que provoquen que éstas incurran en infracción a lo previsto en las presentes Disposiciones, o en los casos en que las personas señaladas contravengan lo previsto en las políticas, criterios, medidas y procedimientos previstos en el Manual de Cumplimiento, con objeto de que se impongan las medidas disciplinarias correspondientes.

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

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

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

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

Cada Institución y Sociedad Mutualista de Seguros deberá establecer en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento o manual que elaboren, los mecanismos, procesos, plazos y momentos, según sea el caso, que se deberán

observar en el desempeño de las funciones indicadas en esta Disposición.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 13 de agosto del 2026 , con el número CNSF-H0719-0029-2026 /CONDUSEF-007153-01.

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-GHP-V26.01