CONDICIONES GENERALES BUPA ÓPTIMO EMPRESARIAL

CONTENIDO

I Definiciones 5
II. Cláusulas Generales 15
III. Su Cobertura 20
IV. Cobertura Básica 30
V. Exclusiones y Limitaciones. 52
VI. Aviso de Privacidad 59
VII. Anexo de los Artículos citados en las Condiciones Generales de la póliza.

I. DEFINICIONES

1.1 ACCIDENTE

Daño, trauma o **lesión** provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. 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. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

1.2 ACCIDENTE GRAVE

Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza que ponga en riesgo la vida del asegurado.

1.3 ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO

Actividad física o deportiva que, por su naturaleza, implica una alta probabilidad de sufrir lesiones graves, discapacidades permanentes o incluso la muerte en relación con otras actividades físicas o deportivas, ya sea por factores ambientales, la velocidad, la altura, el uso de equipo especializado o la exposición a condiciones extremas. Algunos ejemplos de actividades y/o deportes incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5 (cinco), pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de 30 (treinta) metros, puentismo (bungee jumping), salto base, parapente, paracaidismo, alpinismo, caza deportiva, esquí, esquí extremo, esquí free style, esquí acuático, kayak extremo, box, artes marciales, lucha libre, lucha greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia, motonáutica, motocross, motociclismo, parkour, trineo de asfalto, ciclismo de montaña, surf, windsurf, kitesurf, snowboard, automovilismo y/o la participación en cualquier deporte extremo en todas sus modalidades y variantes. La participación en cualquier deporte extremo ya sea por compensación o como profesional.

1.4 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.

1.5 AMBULANCIA TERRESTRE

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

1.6 ANEXO

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

1.7 AÑO CALENDARIO

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

1.8 AÑO PÓLIZA

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

1.9 ASEGURADO TITULAR

El **asegurado** nombrado por el **Contratante**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada siempre y cuando él haya contribuido al pago de la misma.

1.10 ASEGURADO

La persona para quien se ha pagado la prima y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por **Bupa**. El término **asegurado** incluye al **asegurado titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.

1.11 BENEFICIOS CUBIERTOS

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

1.12 BUPA

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

1.13 CAT

Centro de atención telefónica de Bupa.

1.14 CARÁTULA

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

1.15 CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

1.16 CIRUGÍA AMBULATORIA

Procedimiento quirúrgico de corta estancia menor a 24 (veinticuatro) horas. Se considerarán como tales las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas.

1.17 CIRUGÍA O TERAPIA COSMÉTICA

La cirugía o terapia cosmética se define como aquella que es realizada para mejorar o cambiar la apariencia por razones de autoestima o para tratar sintomatologías psicológicas o problemas psicosociales con la apariencia.

1.18 CIRUGÍA PROGRAMADA

Es una solicitud que realiza de manera anticipada el Asegurado a fin de que se autorice el Pago Directo de una intervención quirúrgica que amerite hospitalización; cuando la Aseguradora cuenta con la información requerida y se determina procedente, se podrá dar la autorización correspondiente.

1.19 COASEGURO

Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el **asegurado** debe pagar en adición al **deducible**. El **coaseguro** se calcula después de aplicar el **deducible** correspondiente.

1.20 COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Cualquier grupo 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.

1.21 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

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

1.22 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

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

1.23 CONTRATANTE

La persona física o moral que celebra el contrato de seguro. 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.

1.24 CONTRATO DE SEGURO

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

1.25 CONSULTA MÉDICA

Es la atención brindada por un médico general, médico familiar o especialista, dependiendo del nivel de complejidad, incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se procura el restablecimiento de la salud del paciente, determinación de un diagnóstico y se limitan los factores de riesgo asociados al estado de enfermedad y que puede ser complementado con un tratamiento farmacológico a prescrito a criterio del médico.

1.26 CONSULTA MÉDICA DE RUTINA

Proceso de atención médica preventivo, efectuado por un profesional de la salud, en el cual se realizan una historia clínica detallada y una exploración física general del paciente y que se recomienda realizar anualmente.

1.27 COPAGO

Cantidad establecida en el certificado de cobertura que el Asegurado deberá pagar por cada consulta con médico de primer contacto, especialista o interconsulta, previamente elegido y que pertenezca a la red de proveedores médicos en convenio. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención médica.

1.28 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**.

1.29 CUIDADOS INTENSIVOS

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

1.30 CULPA GRAVE

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

1.31 DEDUCIBLE

El **deducible** individual es la cantidad anual de los **beneficios cubiertos** que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El **deducible** familiar es la cantidad máxima por certificado individual por concepto de pago de **deducible** equivalente a la suma de dos **deducibles** individuales por certificado individual por **año póliza**.

1.32 DEPENDIENTE ECONÓMICO

Cualquier otra persona diferente del **asegurado titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en el certificado que queda establecida en la regla de aseguramiento dictada por el Contratante.

1.33 DIAGNÓSTICO

Determinación médica acerca del asegurado con respecto a su salud, con base en sus síntomas, signos, evolución de una enfermedad o lesión y realización de exámenes o estudios médicos (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier examen o estudio medico aplicable), basado en la naturaleza del padecimiento.

1.34 DONANTE

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

1.35 EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro

inmediato para la vida y/o integridad de uno o más órganos vitales del asegurado. Se consideran como órganos vitales: el cerebro, corazón, hígado, riñón, pulmones y bazo, si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

1.36 EMERGENCIA MÉDICA SENTIDA

Enfermedad o padecimiento en la que el asegurado presenta signos o síntomas que no presentan peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado.

1.37 EMBARAZO CUBIERTO

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

1.38 ENDOSO

Documento que previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas forma parte integrante de la **póliza** y que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las condiciones generales. Lo estipulado en un **endoso** siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.39 ENFERMEDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

Enfermedad de curso crónico y de carácter prolongado o permanente, que presentan un alto riesgo para la vida del asegurado y cuyo tratamiento representa un alto costo económico. Estas enfermedades requieren atenciones y/o procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

1.40 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.

1.41 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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.

1.42 ENFERMERO(A)

Profesional legalmente autorizado por las autoridades sanitarias locales para prestar cuidados de enfermería.

1.43 EPIDEMIA

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

1.44 EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)

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

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

1.45 ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo o **médico, doctor** que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión**, **enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

1.46 ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Un estado de pérdida de conciencia profundo sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

1.47 ESTUDIOS GENÓMICOS

Se entiende por estudios genómicos el análisis del ADN o ARN del asegurado con fines clínicos, incluyendo el diagnóstico de enfermedades hereditarias, la estimación de predisposición genética a ciertas condiciones de salud, la personalización de tratamientos. Estos estudios comprenden, entre otros, la identificación de variantes genéticas que pueden influir en la eficacia o seguridad de determinados medicamentos (farmacogenómica).

1.48 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

1.49 EXTRAPRIMA

Cantidad adicional de prima que el asegurado se obliga a pagar a Bupa, por cubrir un Riesgo Agravado.

1.50 FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la **fecha efectiva** de la **póliza**.

1.51 FECHA DE RENOVACIÓN

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

1.52 FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

1.53 FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en **los certificados** de la **póliza**.

1.54 GASTOS CUBIERTOS

Los cargos hospitalarios, honorarios profesionales, gastos por auxiliares diagnósticos y/o terapéuticos, tratamientos e insumos médicos derivados de padecimientos cubiertos bajo la póliza, previa aplicación del deducible y coaseguro contratados.

1.55 GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

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

1.56 HOSPITAL

Toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes que cuente con

salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las 24 (veinticuatro) horas del día. No se considera hospital a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.

1.57 HOSPITALIZACIÓN

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

1.58 INSUFICIENCIA DE RED MÉDICA

Se considera insuficiencia de red médica cuando no se cuente con la infraestructura y/o cobertura geográfica de proveedores médicos disponibles a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado.
No se considerará insuficiencia de red médica en los siguientes casos:

1. Cuando la especialidad o necesidad requerida por el Asegurado no sea medicamente necesaria o justificada.
2. Cuando el Asegurado no acepte acudir con el proveedor médico señalado para recibir la atención médica.

1.59 LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

1.60 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 condiciones generales de la **póliza**.

1.61 MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

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

1.62 MÉDICAMENTE NECESARIO

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

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

1.63 MEDICAMENTO

Sustancia o mezcla de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

1.64 MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIALIDAD

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

1.65 MEDICAMENTOS POR RECETA

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

1.66 MÉDICO O DOCTOR O PROFESIONAL MÉDICO

Profesional médico que cumple con el aval de las autoridades de educación superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión.

1.67 MÉDICO DE PRIMER CONTACTO

Profesional médico que practica la medicina general, familiar, pediatría, geriatría, ginecología y/o odontología.

1.68 MÉDICO ESPECIALISTA

Profesional médico que cuenta con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión**, **enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

1.69 MXN

Anotación oficial para referirse al peso mexicano, la moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

1.70 NUTRICIONISTA

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

1.71 OPERACIÓN QUIRÚRGICA

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

1.72 PACIENTE INTERNADO

Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital.**

1.73 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Enfermedad que está presente desde el nacimiento del bebé, puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del embrión/bebé/producto o un término más ad hoc. Estas 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.

1.74 PAÍS DE NACIONALIDAD

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

1.75 PAÍS DE RESIDENCIA

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

1.76 PAGO DIRECTO

Pago de los Gastos Médicos cubiertos por un Siniestro Amparado que **Bupa** realiza de manera directa a la red de proveedores médicos en convenio previamente elegidos por el propio Asegurado para su atención médica.

1.77 PANDEMIA

Una **epidemia** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población durante un periodo de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud.

1.78 PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO

Algunos **beneficios cubiertos** están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en las presentes Condiciones generales. Esto significa que el **asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos **beneficios cubiertos** que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente.

1.79 PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Periodo establecido en las presentes Condiciones generales que debe ser completado antes de que el **asegurado** pueda presentar una reclamación.

1.80 PERÍODO DE GRACIA

El periodo de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima durante el cual Bupa permitirá que la póliza sea pagada. Dicho periodo de tiempo es aplicable únicamente en el primer recibo cuando se trate de pagos mensuales, trimestrales o semestrales.

1.81 PLAN

Se define por el deducible, coaseguro, suma asegurada, territorialidad, endosos y/o condiciones especiales contratadas.

1.82 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.

1.83 PÓLIZA

Su contrato de seguro con **Bupa**, tal como está descrito en la Cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza.

1.84 PRIMA

Aportación económica que debe pagar el Contratante a Bupa en contraprestación por la cobertura de seguro.

1.85 PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.ORG o www.ukctg.nihr.ac.uk).

1.86 PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA

Profesional que está legalmente calificado y que cuenta con licencia para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde el **paciente** esté recibiendo el **tratamiento**.

1.87 RECIÉN NACIDO

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

1.88 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.

1.89 RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO CON BUPA

Hospitales, médicos, laboratorios y farmacias con los que Bupa ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicha red de Proveedores Médicos en convenio previamente con Bupa podrá sufrir modificaciones en cualquier momento y sin previo aviso.

1.90 REEMBOLSO

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

1.91 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

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

1.92 REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

La rehabilitación neurológica tiene el objetivo de tratar a personas que han perdido capacidad motora, funcional y cerebral a consecuencia de traumatismos, alguna enfermedad o a trastornos del sistema nervioso.

1.93 RENOVACIÓN
Cada aniversario de la fecha en que el **asegurado** fue incluido al **Plan Bupa Óptimo Empresarial.**

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

1.95 SINIESTRO
Término que define la ocurrencia del evento previsto en la Póliza de Seguro.

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

1.97 SOLICITUD DE SEGURO
Declaración escrita en un formulario por el Contratante con información sobre la colectividad que se pretende asegurar, usada por Bupa para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el Contratante y otros documentos proporcionados o solicitados por Bupa antes de la emisión de la póliza.

1.98 SUBESPECIALIDAD
Servicios médicos otorgados por profesionales con preparación superior a la especialidad médica, con conocimientos avanzados para la atención de patologías complejas, apoyados en infraestructura, equipamiento y tecnología de punta. la emisión de la póliza.

1.99 SUMA ASEGURADA
Monto en pesos mexicanos asignado por **asegurado** 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, por **accidentes**, **enfermedades** o **padecimientos** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la **póliza**. La **suma asegurada** para la reclamación en curso será la **suma asegurada** por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza** para los gastos incurridos por **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o padecimientos** cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la **suma asegurada** por **asegurado**, por **año póliza**.

1.100 SUMA ASEGURADA DE POR VIDA
Monto en pesos mexicanos asignada para los padecimientos determinados en las presentes Condiciones generales la cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de suma asegurada único por todo el tiempo que dure el seguro, así como sus renovaciones.

1.101 SERVICIOS MÉDICOS
Atención y tratamiento que brinda un profesional médico con el fin de diagnosticar un problema médico.

1.102 TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS
Valor máximo asociado a cada procedimiento médico o quirúrgico, determina el importe máximo que pagará Bupa al **médico de la red de proveedores médicos en convenio**, es descriptivo más no limitativo.

1.103 TARJETA DE IDENTIFICACIÓN
Tarjeta que se entrega al asegurado titular y en su caso a los dependientes económicos, que les servirá como identificación ante los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en convenio.

1.104 TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA
Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a)

enfermero(a), como tomar la temperatura y la presión arterial del **paciente**. También ayudan al **paciente** a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para **pacientes** que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

1.105 TERAPIA COMPLEMENTARIA

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

1.106 TERAPIA OCUPACIONAL

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

1.107 TERAPEUTA COMPLEMENTARIO

Profesional como un acupunturista u homeópata que esté entrenado adecuada y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante.

1.108 TERAPEUTA DEL HABLA

Los profesionales deben estar debidamente entrenados y legalmente calificados para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o padecimientos** del habla y deben tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes.

1.109 TITULAR

Persona física sobre las que operan las coberturas del contrato, que siendo miembro de la colectividad asegurable, tiene el vínculo o interés licito con el Contratante.

1.110 TOPE DE COASEGURO

Monto máximo indicado en el certificado de cobertura que pagará el asegurado por concepto de coaseguro.

1.111 TRASPLANTE

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

1.112 TRATAMIENTO

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

1.113 TRATAMIENTO AMBULATORIO

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

1.114 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

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

1.115 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

Tratamiento de una **enfermedad o padecimiento** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

1.116 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.

1.117 ZONA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

Área geográfica elegida en el momento de la contratación que determina el alcance de la cobertura.

II. CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRITAS

Las palabras en **negrita** pueden tratarse de términos definidos cuyo significado puede consultar en la sección Definiciones de estas Condiciones Generales, o bien de exclusiones y limitaciones que son importantes para su cobertura.

2.1 SU PÓLIZA

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 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 los formularios correspondientes 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, no obstante, lo anterior **las preexistencias declaradas no serán cubiertas.**

Bupa se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir realizando el pago directo a la red de proveedores médicos en convenio o el reembolso correspondiente de los gastos médicos en los que incurran los Asegurados (Titular y/o dependientes), durante la vigencia de esta póliza, en el territorio de la República Mexicana, 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.

Las cláusulas incluidas en estas condiciones generales aplican para su **Plan Bupa Óptimo Empresarial.**

2.2 COLECTIVIDAD ASEGURABLE

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

(a) 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.
(b) Contar un mínimo de 10 (diez) asegurados titulares.
(c) Cumplir con lo establecido en la cláusula de elegibilidad en estas Condiciones generales.

2.3 RECTIFICACIÓN DE 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 30 (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 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los 30 (treinta) 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, la devolución se llevará a cabo dentro de los siguientes 30 (treinta) días posteriores a la cancelación. 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 (treinta) días a partir de la fecha de notificación del cambio concluyendo las obligaciones de Bupa 15 (quince) 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, en un plazo que no excederá de 30 (treinta) días a partir de la cancelación de la póliza.

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

2.4 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD

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

Si la información es incorrecta, incompleta u omitida por parte del Contratante, facultará a Bupa para rescindir el presente contrato.

2.5 ELEGIBILIDAD

Esta póliza solamente puede ser contratada en la República Mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de colectividad asegurable, señalada en esta póliza. La edad máxima de contratación para el Asegurado Titular es hasta los 69 (sesenta y nueve) años, sin límite de edad para la renovación, siempre que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad:

1. Comprobar que han estado asegurados continua e ininterrumpidamente durante la vigencia inmediata anterior en la póliza del Contratante.
2. Ser empleado activo o mantener un vínculo legal comprobable con el Contratante.

Los dependientes económicos elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 69 (sesenta y nueve) años de edad, descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Asegurado Titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros.

La cobertura está disponible para los dependientes económicos del Asegurado Titular, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 25 (veinticinco) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, si son solteros y estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 26 (veintiséis) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

La cobertura para dichos dependientes terminará en el siguiente aniversario de la póliza en los siguientes

casos: Si un(a) hijo(a) y/o dependiente:

(i) Contrae matrimonio
(ii) Deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve 19 (diecinueve) años de edad y antes de cumplir 26 (veintiséis) años
(iii) Se muda a otro país de residencia
(iv) Cumple veintiséis 26 (veintiséis) años
(v) Si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación.

2.6 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Esta **póliza** ofrece reconocimiento de antigüedad, lo cual implica que **Bupa** reconoce la antigüedad generada con otras compañías de seguros o con otro plan de **Bupa** cuando se trate de pólizas individuales o colectivas, con ello se asegura que no haya ningún lapso sin cobertura al cambiar de aseguradora o de un plan a otro, para efecto de reducir o eliminar los plazos de periodo de espera que en particular se señalen en la **póliza (excepto Hallux valgus, Sida y Cirugía refractiva)**. Sin embargo, esta continuidad no implica que se cubrirán siniestros iniciados con otra aseguradora o en otros planes de **Bupa.**

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

El otorgar reconocimiento de antigüedad no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

2.7 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 70% (setenta por ciento) 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.

2.8 OPCIONES DE DEDUCIBLE

Bupa ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo de la opción que su Contratante 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.

Aplica un 1 (un) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta dos 2 (dos) deducibles por certificado individual.

2.9 OPCIONES DE COASEGURO

El Asegurado es responsable por el porcentaje base de los gastos cubiertos por una enfermedad y/o accidente amparado 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.

2.10 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 ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.11 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales o por correo electrónico a atencioncliente@bupa.com.mx o por escrito en el lugar señalado como domicilio de la misma en la carátula de esta póliza.

2.12 REGISTRO DE CONTRATANTE Y/O ASEGURADO TITULAR

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 período 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 Titular, en caso de aplicar.

2.13 RESIDENCIA

Esta póliza tiene cobertura en el territorio de la República Mexicana. 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 (treinta) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho 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.

2.14 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 individual 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:

2.14.1 En la fecha de expiración de la póliza, o
2.14.2 Por falta de pago de la prima, o
2.14.3 A solicitud por escrito del Contratante o del Asegurado Titular para terminar su cobertura, o
2.14.4 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 período de vigencia de la póliza y hasta treinta 30 (treinta) días después de su vencimiento;
(c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que afecte al Asegurado.

2.15 AJUSTE AL MONTO DE LA PRIMA

En casos de alta o baja de Asegurados titulares o dependientes económicos, 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 período de seguro, de acuerdo con la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En caso de baja se devolverá la prima que corresponda siempre y cuando no haya siniestros afectando al Asegurado correspondiente.

2.16 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. Bupa pagará directamente a los proveedores médicos en convenio el monto correspondiente en moneda nacional de acuerdo con el tabulador médico vigente.

2.17 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 de este y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 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.

2.18 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.

2.19 RELACIÓN DEL ASEGURADO CON LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

Debido a que el asegurado elige libremente a los prestadores de servicios médicos y hospitalarios, la atención que proporcionen conformarán una relación contractual con el asegurado ajena a Bupa. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención proporcionada será del prestador del servicio frente al asegurado y Bupa no tendrá responsabilidad legal alguna derivada de esta relación.

2.20 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 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 los formularios requeridos por Bupa 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.

2.21 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.22 OTROS SEGUROS

El Contratante tendrá 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.

2.23 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.

2.24 REHABILITACIÓN DE LA 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, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

2.24.1 El Contratante lo solicite por escrito a Bupa.

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

2.24.3 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 aceptar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente una oferta de cobertura.

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

2.25 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 30 (treinta) días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. **En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas**.

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

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 30 (treinta) 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 los formularios requeridos por Bupa 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 formularios requeridos por Bupa.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8, 9, 10 y 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 30 (treinta) 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 y/o Contratante será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

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

1. En la fecha de expiración de la póliza, o
2. Al expirar el periodo de gracia para el pago de la prima sin que esta hubiere sido pagada a Bupa, o
3. A solicitud por escrito del Contratante para terminar su cobertura, o
4. A solicitud por escrito del Contratante para terminar la cobertura para algún asegurado.

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

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

2.26 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.

2.27 BENEFICIOS FISCALES

Dentro de los beneficios fiscales se encuentran las deducciones personales para el Asegurado entre ellas 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 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

2.28 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

III. SU COBERTURA

Todas las coberturas especificadas en estas Condiciones Generales deberán seguir el proceso indicado en la cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza dentro de la red de proveedores médicos en convenio.
Bupa cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** mediante pago directo o reembolso, en caso de aplicar, dentro de la red de proveedores, de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones generales **y en la cláusula**
3.8 Cómo hacer uso de su póliza, siempre que exista un diagnóstico definido cubierto.

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestione el proceso de uso de póliza dentro de la red de proveedores médicos en convenio establecido en la cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza de estas Condiciones Generales.

3.1 El **deducible** aplicable será el contratado, el cual se indica en el certificado individual**, a menos que las presentes Condiciones generales indiquen lo contrario.** El pago del **deducible** por parte del **asegurado** aplicará como sigue:

1. Un **deducible** por **asegurado**, por **año póliza,** mismo que al ser parte del riesgo que asume el **asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **Bupa** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes y siempre que exista un diagnóstico definido cubierto, hasta el límite de la suma **asegurada contratada.**
2. Un máximo de 2 (dos) **deducibles individuales** por certificado individual, por **año póliza.** El **deducible** deberá ser cubierto por el **asegurado,** mismo que al ser la parte del riesgo que asume el **asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes y siempre que exista un diagnóstico definido cubierto, hasta el límite de la **suma asegurada** contratada.

3. Los siguientes beneficios de maternidad no están sujetos a **deducible:** la maternidad y parto y los **tratamientos** pre y post natal,
4. Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su **Plan Bupa Óptimo Empresarial.**
5. En aquellos beneficios en los cuales aplique **coaseguro,** el **asegurado** deberá de cubrir primero el deducible y posteriormente el **coaseguro** que en su caso aplique.

3.2 El **coaseguro** aplicable será el contratado, el cual se indica en **el certificado individual,** mismo que corresponde al porcentaje de los gastos aprobados que el **asegurado** debe pagar después de aplicar el **deducible** correspondiente.

1. Se aplicará un tope máximo de **coaseguro** detallado en el certificado individual.
2. Se aplicará un tope máximo de **coaseguro** por **póliza,** por año póliza, detallado en el certificado individual.
3. Sólo se podrá gestionar reembolso para proveedores fuera de red en caso de **emergencia médica grave** o que no haya sido posible atenderla dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** previa notificación que realice el asegurado a través del CAT. En este caso aplicará el coaseguro contratado, así como el tabulador de honorarios médicos el cual podrá ser consultado telefónicamente.

Para determinadas coberturas se aplica un porcentaje fijo de **coaseguro**, tal y como se indica en las presentes Condiciones generales.

3.3 Para pago directo o reembolso por emergencia médica grave o accidente grave que no haya sido atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio debido a que no se encuentre un médico de la red de proveedores médicos en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente relacionada con los hechos del siniestro para determinar la procedencia del mismo antes de:

1. Aprobar un pago directo, o
2. Reembolsar al asegurado titular y/o Contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de aplicar, el reembolso será de acuerdo con el tabulador vigente correspondiente.

Cuando así se requiera y se indique en las presentes Condiciones generales, el asegurado deberá contar con la autorización previa y expresa de Bupa antes de recibir cualquiera de los beneficios cubiertos. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el asegurado no reciba los beneficios cubiertos dentro del plazo de 31

(treinta y un) días contados a partir de la autorización original.

Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa y expresa para recibir cualquier **beneficio cubierto** se encuentran disponibles en la cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza de estas **condiciones generales**.

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

El Asegurado deberá cooperar con **Bupa** para la obtención de los resúmenes clínicos y reportes médicos, así como toda información que le sea requerida sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales **Bupa** pueda determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. El no cooperar con **Bupa** en tiempo, o el no autorizar el acceso de **Bupa** a los resúmenes clínicos y reportes médicos, puede resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. **Si el asegurado no coopera con Bupa con el ánimo de ocultar información que pueda resultar importante para Bupa puede ser causa suficiente para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas, y por ende, Bupa no estará obligada a cubrir los gastos reclamados (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

En su caso, las obligaciones del **contrato** serán restauradas una vez que **Bupa** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante**(s), **asegurado**(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

3.5 PAGO DE PRIMAS

El **Contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a **Bupa**, 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 período de seguro. La prima de este **contrato** vence en el momento de la celebración del **contrato** y tratándose de **renovaciones**, al inicio de la nueva vigencia. **Bupa** podrá ajustar las primas una vez al año a la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

El **Contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **Bupa** ponga a disposición del **Contratante** antes de la **fecha de vencimiento**. El **Contratante** del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales, mensuales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

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

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

El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada en el recibo de primas expedido por **Bupa** o bien mediante cargo a tarjeta de crédito o débito. **Bupa** no autoriza a los agentes de seguros que intervienen en la contratación del seguro a recibir efectivo o títulos de crédito.

De manera enunciativa más no limitativa, se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezcan dicho cargo, trasferencia y/o depósito, harán prueba plena de cargo, hasta en tanto **Bupa** entregue el comprobante correspondiente.

3.6 OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE

Serán obligaciones del Contratante:

(a) Solicitar la cobertura de este grupo para todas las personas que al momento de la expedición de la Póliza cumplan con las características para formar parte de la colectividad asegurada y con los requisitos establecidos por Bupa.
(b) Comunicar a la aseguradora en un plazo máximo de 30 (treinta) días los movimientos de Asegurados: Bajas a partir de la separación definitiva del Asegurado de la Colectividad y nuevos ingresos a partir de que cumplan con la Elegibilidad.
(c) Informar a la aseguradora cualquier cambio que opere en la situación de los asegurados y que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
(d) Recibir los certificados individuales y entregarlos a los asegurados, así como hacer de su conocimiento las condiciones y endosos de la Póliza.
(e) Entregar a la aseguradora, la información necesaria para la elaboración del Registro de Asegurados.
(f) En caso de que el asegurado contribuya al pago de la Prima, el **Contratante** tiene la obligación de:
    1. Recabar las contribuciones de todos los asegurados y pagarlas a la aseguradora.
    2. Recibir por parte de la aseguradora y entregar a los asegurados los reembolsos a los que tuviere derecho.

3.7 SUBROGACIÓN

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

En caso de que la subrogación sea procedente, el **asegurado titular** y/o **Contratante** deberá proporcionar a **Bupa** cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como (i) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera, (ii) firmar cualquier documento(s) que se requiera(n), y (iii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.
Bupa podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la **póliza**.

El **asegurado titular** y/o **Contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar u otorgar perdón que afecte de manera adversa los derechos de **Bupa** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

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

3.8 CÓMO HACER USO DE SU PÓLIZA

El asegurado deberá consultar el **directorio de la red de proveedores médicos en convenio** a través de bupasalud.com.mx o llamando al CAT para seleccionar el proveedor médico de su preferencia.

El asegurado deberá agendar de manera directa la cita con el médico de primer contacto que deberá estar dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Cada consulta con médicos de primer contacto tendrá un Copago especificado en el certificado individual,

mismo que el asegurado deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica.

El monto por concepto de Copago no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados

ni será reembolsable.

Una vez finalizada la consulta, dicho médico podrá emitir un pase para los siguientes servicios:

1. Procedimiento en consultorio: se requiere autorización previa para procedimientos especificados dentro de la lista que podrá consultar en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx o consultar telefónicamente al número 55 6826 9296 y sin costo desde el interior de la República al 800 999 1905.
2. Cita con médico especialista e interconsulta: cada consulta con médicos especialistas e interconsulta, tendrá un Copago especificado en el certificado individual, mismo que el asegurado deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica. **El monto por concepto de Copago no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados ni será reembolsable.**
3. Medicamentos (se requiere autorización previa para medicinas de alta especialidad, ambas listas estarán publicadas en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx). No aplica coaseguro.

4. Estudios de Laboratorio y gabinete (se requiere autorización previa para los mencionados en la lista publicada en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx). No aplica coaseguro.
5. Cirugía ambulatoria: se requiere autorización previa y aplicará el deducible y coaseguro contratados.
6. Hospitalización: se requiere autorización previa, salvo que se trate de una emergencia médica grave. Aplicará deducible y coaseguro contratados.
7. Tratamientos médicos: se requiere autorización previa. Aplicará deducible y coaseguro contratados.

El asegurado deberá de identificarse con el proveedor médico dentro de la red de proveedores médicos en convenio con una identificación oficial vigente y la tarjeta de identificación expedida por Bupa que lo identifique como asegurado.

3.9 PROCESO DE REEMBOLSO

Únicamente será sujeto a posible reembolso las atenciones o servicios otorgados por un proveedor de la red de proveedores médicos en convenio o en los casos específicos mencionados y siguiendo el proceso descrito en las presentes Condiciones Generales.

Bupa no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida con proveedores médicos fuera de la red indicada.

El Asegurado deberá realizar el pago en forma directa al proveedor de la red hasta completar el deducible y coaseguro correspondiente. El asegurado deberá acumular a deducible y coaseguro los gastos realizados y cubiertos en el año póliza a través del proceso de reembolso.

Para gestionar el proceso de reembolso, el asegurado deberá realizar lo siguiente:

1. Completar y firmar el Formulario de Reclamación y el Formulario de Reembolso correspondientes publicados en el portal de internet www.bupasalud.com.mx
2. Una vez firmado por el Asegurado y el Médico tratante, deberá enviarlo vía correo electrónico a siniestros@bupa.com.mx o subirlos a través del portal www.bupasalud.com.mx en la sección Mi Bupa.
3. El Asegurado deberá enviar la siguiente documentación en un formato legible para iniciar cualquier trámite de reembolso:
   a) Formularios de Reclamación y Reembolso debidamente completados y firmados tanto por el asegurado titular y/o Contratante, así como por el médico tratante.
   b) Interpretación y estudios de laboratorio, gabinete y/o patología que dan origen al diagnóstico.
   c) Recetas que den sustento al diagnóstico y al tratamiento.
   d) Facturas emitidas a nombre del asegurado titular indicando el nombre del paciente y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
   e) Comprobante de pago del servicio recibido.
   f) Estado de cuenta bancario e identificación oficial del titular de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente).
   g) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del titular de la cuenta sólo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del titular de la cuenta.

En caso de que el reembolso fuera por un Accidente, Bupa podrá solicitar la denuncia y en su caso carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público, en caso de que aplique, así como cualquier información complementaria que considere pertinente para llevar a cabo el dictamen médico.

Bupa podrá solicitar información y documentación adicional durante el de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que sea necesaria para determinar la procedencia del siniestro durante el proceso.

En caso de proceder el reembolso, aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos vigente y la forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por 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.

Bupa indemnizará el reembolso procedente al beneficiario designado en la solicitud o cuestionario y/o en su caso a la sucesión notarial y judicial.

Cualquier seguimiento de la solicitud de Reembolso podrá realizarse en los siguientes medios:

Teléfonos:

Desde Ciudad de México: 55 6826 9296

Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905

WEB:
www.bupasalud.com.mx en la sección Mi Bupa

Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm y sábado de 8:00am a 3:00pm o al correo electrónico vmxservicio@bupa.com.mx

3.10 PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

El medico de red deberá solicitar la autorización previa para las coberturas o beneficios que así lo requieran, de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales de forma directa con **Bupa**.

En caso de hospitalización, el asegurado y el médico tratante deberá firmar el formulario de reclamación correspondiente el cual podrá consultar en la sección Mi Bupa dentro de bupasalud.com.mx por lo menos 72 horas antes de la hospitalización.

En caso de que no se encuentre un proveedor médico dentro de la localidad, el asegurado deberá comunicarse a los teléfonos de atención al cliente señalados en la siguiente cláusula y se le ofrecerá una referencia del proveedor médico más cercano.

3.11 PROCESO PAGO DIRECTO

El Asegurado deberá realizar el pago en forma directa al proveedor elegido dentro de la red hasta completar el deducible y coaseguro correspondiente.

Para gestionar servicios subsecuentes a través de Pago directo, el asegurado deberá completar el deducible contratado y acumular el coaseguro correspondiente a los gastos realizados en el año póliza a través del proceso de reembolso mencionado en la cláusula 3.9 Proceso de reembolso.

El Asegurado deberá seguir los pasos siguientes:

1. Ingresar al portal bupasalud.com.mx para consultar la red de proveedores médicos en convenio.
2. Seleccionar libremente al proveedor dentro de la red de servicios médicos y agendar cita.
3. Acudir a la cita en donde podrá recibir un pase otorgado por el médico de primer contacto en caso de requerir un servicio médico adicional (laboratorio, medicamentos).

En caso de hospitalización, el asegurado deberá gestionar el proceso de autorización previa para coordinación de pago directo.

El asegurado deberá llenar los siguientes formularios y documentación y entregarlos a su médico de red, quien someterá el caso a dictamen para continuar con el proceso.

1. Formulario de reclamación debidamente completado y firmado tanto por el asegurado titular y/o Contratante así como por el médico tratante dentro de la red.
2. Informe(s) médico(s).
3. Interpretación y estudios de laboratorio, gabinete y/o patología que dan origen al diagnóstico.
4. Recetas que den sustento al diagnóstico y al tratamiento.

Para fines de claridad, cualquier autorización para pago directo deberá ser validada previamente por **Vitamédica Administradora** mediante la red de proveedores médicos en convenio. Para consultar el directorio de proveedores médicos en convenio, el asegurado podrá acceder a través de los siguientes medios:

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905

WEB:
www.bupasalud.com.mx

Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm y sábado de 8:00am a 3:00pm o al correo electrónico vmxservicio@bupa.com.mx

Vitamédica Administradora es un proveedor especializado contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que presten a los asegurados de Bupa no presupone la

procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del Contrato de Seguro; así tampoco están facultados para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrán recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

3.12 EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

En caso de que el tratamiento médico por **emergencia médica grave**, sea atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio, el asegurado deberá notificar a Bupa dentro de las 24 horas siguientes al inicio del **tratamiento** a través de los siguientes medios de contacto:

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905
Correo electrónico: gestion.ingresoshosp.salud@vitamedica.com.mx

Se aceptará la notificación de emergencia médica grave realizada por el Asegurado, Contratante, Agente o Bróker, Familiar u hospital (incluidos Módulos Hospitalarios).

En caso de que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, **el tratamiento** médico de **emergencia médica grave**, podrá ser atendido fuera de la red de proveedores médicos en convenio, el asegurado deberá notificar a Bupa dentro de las 24 horas siguientes al inicio del **tratamiento**.

Una vez que el asegurado se encuentre estable medicamente deberá ser trasladado a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio para continuar con la atención médica.

En caso de emergencia médica grave atendida fuera de red de proveedores médicos en convenio el asegurado podrá solicitar reembolso de los gastos hasta su estabilización médica aplicando el tabulador correspondiente.

La atención deberá ser dentro de la red de proveedores médicos en convenio exceptuando en caso de emergencia médica grave atendida fuera de la red de proveedores médicos en convenio. De ser el caso, el asegurado será trasladado a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio con **Bupa** tan pronto sea medicamente posible. En este caso aplicará tabulador de honorarios médicos el cual podrá ser consultado telefónicamente.

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 deberán ser atendidas dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Para reclamaciones de **dependientes económicos** 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 económicos** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **asegurado titular** y/o **Contratante** confirmando que dichos **dependiente**s **económicos** son solteros. En caso contrario, **Bupa** podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte. 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 **asegurado titular** y/o **Contratante** o su(s) beneficiario(s) o su(s) representante(s), con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

Bupa no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, **Bupa** podrá enviar

copia de los mismos.

En caso de reembolso **por emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de **la red de proveedores médicos en convenio** debido a que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 km de la ocurrencia del siniestro amparado, **Bupa** pagará al **asegurado titular** y/o **Contratante** los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el **deducible y posteriormente el coaseguro cuando corresponda**. **Bupa no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida con proveedores médicos fuera de la red indicada.**

El reembolso correspondiente a emergencia médica grave, aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos, el cual podrá ser consultado telefónicamente.

En caso de proceder el reembolso, aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos vigente y la forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por 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 pesos mexicanos.

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 30 (treinta) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **asegurado titular** y/o **Contratante o beneficiario,** una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 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.

Esta **póliza** tiene cobertura en la **zona geográfica de cobertura** detallada en la **carátula** de la **póliza**, siempre dentro del territorio de la República Mexicana. **Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero.**

3.13 DIRECTORIO DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO CON BUPA

Bupa se obliga a comunicar al asegurado, a través de www.bupasalud.com.mx y a través de los teléfonos de atención a clientes incluidos en estas condiciones generales, el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio,** así como los datos de localización de consultorios y/u oficinas en la que los proveedores médicos de la **red de proveedores médicos en convenio** prestarán a los asegurados los servicios médicos en los términos indicados en este documento y en el contrato.

Bupa deberá mantener actualizado y disponible el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio** en bupasalud.com.mx

3.14 RENOVACIÓN

Bupa podrá renovar la póliza cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, siempre que las dos partes lo estipulen por escrito, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza, mediante endoso a la póliza o la emisión de la renovación en las mismas condiciones en que fueron contratadas, salvo que el Contratante haya solicitado cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza una cotización con diferentes condiciones y estipulando la regla de asegurabilidad.

Para llevar a cabo la renovación se deberán reunir 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 por escrito o por medios electrónicos al **Contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **póliza**, los valores de la prima, **deducible** o cualquier **coaseguro** aplicable a la misma.

En cada **renovación** se podrá actualizar el deducible y tope de coaseguro de acuerdo con la inflación médica anual presentada por el gobierno federal a través de las dependencias autorizadas para la elaboración del índice nacional de precios al consumidor.

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

3.15 CAMBIOS A SU PÓLIZA

3.15.1 CAMBIO DE PLAN

Cuando el **Contratante** solicite un cambio de plan 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.

Únicamente el **Contratante** podrá modificar y/o dar por terminado este **contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los asegurados del grupo, en su caso. Este **contrato** se podrá cambiar, modificar o exentar mediante la incorporación de cláusulas adicionales a través de **endosos** previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Bupa podrá hacer modificaciones a la **póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro, los cuales serán previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo anterior se le notificará al **Contratante** por los medios de contacto proporcionados en la **solicitud** o posteriormente en caso de actualización o cambio.

3.15.2 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 30 (treinta) 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 nacidos de una maternidad cubierta su aceptación estará garantizada sin evaluación médica, siempre que se solicite el alta mediante el formulario establecido por Bupa dentro de los 30 (treinta) días posteriores al nacimiento. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a evaluación médica por parte de Bupa conforme al proceso de asegurabilidad.

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 5 (cinco) 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. ´

3.15.3 CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

El **Contratante** deberá informar a **Bupa** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que **Bupa** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **Contratante** notifique lo contrario.

3.16 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

3.17 NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA CON RESPECTO A SU COBERTURA

El objetivo de **Bupa** bajo esta **póliza** es cubrir al **asegurado mediante pago directo a la red de proveedores**

médicos en convenio una vez cubiertos los montos del deducible y coaseguro contratados **y exista un diagnóstico médico cubierto** y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el **asegurado reciba los beneficios cubiertos.** No es objetivo de **Bupa** proveer los **beneficios cubiertos.**

Ningún agente de seguros o intermediario tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza.** Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre el **Contratante** y **Bupa** (las partes) y sea hecho constar por un endoso a la póliza.

Durante la vigencia de la **póliza,** el **Contratante** podrá solicitar por escrito a **Bupa** que 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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **solicitud.**

3.18 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.

3.19 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Cuando se hace referencia al **Contratante**, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a **asegurados**, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

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

El **asegurado titular** y/o **Contratante** tendrá la obligación de avisar a **Bupa** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.

El **asegurado titular** y/o **Contratante** deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a **Bupa**.

3.20 COMPETENCIA

Las disposiciones de este **contrato** están sujetas a Leyes de la República Mexicana. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Asegurados de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

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

En caso de controversia con los servicios y/o productos contratados, el Contratante y/o beneficiario podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Asegurados (UNE) de Bupa, o
b) La Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Asegurados de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo determinar a su elección la Competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 68, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Asegurado de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 su controversia.

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.**

Datos de contacto:
Unidad Especializada de Atención a Asegurados (UNE) de Bupa:

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 y viernes de 08:00 a 15:00 horas

3.21 ENTREGA DE INFORMACIÓN

Bupa entregará al **Contratante** la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

1. El número de **póliza** que corresponda a su **solicitud** de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
2. Certificados de los asegurados pertenecientes a la colectividad;
3. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
4. 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 o 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 **Contratante** previamente a su contratación en la página de Internet www.bupasalud.com.mx. Queda expedito el derecho del **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**.

IV. COBERTURA BÁSICA

Aspectos importantes a considerar con respecto a los **beneficios cubiertos** por su **Plan Bupa Óptimo Empresarial.**

1. AUTORIZACION PREVIA

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestionen dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa.

El asegurado deberá agendar una cita con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa y deberá de identificarse con el proveedor médico dentro de la red de proveedores médicos en convenio con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por Bupa que lo identifique como asegurado.

Todo servicio médico que no sea consulta de primer contacto y **emergencia médica grave** deberá ser prescrita por el médico de la red de proveedores médicos en convenio, de igual forma el médico deberá de preautorizar los servicios descritos en esta sección.

El cliente deberá de firmar el formato correspondiente disponible en bupasalud.com.mx en caso de hospitalización. Para los servicios mencionados a continuación, el médico tratante deberá solicitar de forma directa autorización previa a Bupa.

(a) Medicamentos de alta especialidad y costo al público arriba de $5,000.00 (Cinco mil pesos 00/100 M.N.) Los medicamentos cubiertos y la lista de medicamentos de alta especialidad que se encuentran publicados en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx.

(b) Estudios de laboratorio y gabinetes de acuerdo a lista publicada en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro dentro de bupasalud.com.mx

(c) Hospitalizaciones

(d) Cirugías ambulatorias

(e) Ambulancia aérea

(f) Procedimiento en consultorio general o especialista de acuerdo a la lista publicada en la sección para asegurados, conoce todo de tu póliza, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx

(g) Equipo médico durable y apoyos médicos (oxigeno, CPAP´s, camas hospitalarias)

(h) Terapias físicas y de rehabilitación

(i) Enfermería

(j) Maternidad

(k) Tratamientos médicos (Trasplante de órganos, tratamientos contra el cáncer, diálisis)

(l) Prótesis

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando el asegurado reciba atención médica con proveedores fuera de la red de proveedores médicos en convenio o no cumpla con lo estipulado en la cláusula
3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

2. PERIODOS DE ESPERA

Esta **póliza** cuenta con **períodos de espera** a partir de la **fecha efectiva para cada uno de los asegurados** de la **póliza** los cuales se indican en las presentes Condiciones generales. Sin embargo, estos **períodos de espera** no aplican cuando se trate de **accidentes** que, habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como politraumatismos, o **enfermedades** agudas de origen infeccioso o infartos y **enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con un **padecimiento preexistente**. En todos los casos mencionados anteriormente 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**.

PERÍODOS DE ESPERA	
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). **No aplica la reducción o eliminación de los períodos de espera.**	48 meses
Padecimientos de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas) padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.	24 meses
Hallux Valgus	12 meses

Tratamiento contra el cáncer.	12 meses
Trasplantes	12 meses
Tumores de cualquier tipo	12 meses
Insuficiencia renal	12 meses
Maternidad: embarazo, parto o cesárea, complicaciones derivadas y cobertura provisional del **recién nacido.**	10 meses
Cirugía refractiva	6 meses
Periodo de espera general	30 días

3. ELIMINACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS PERIODOS DE ESPERA

En ningún caso Bupa reducirá o eliminará los periodos de espera establecidos en estas Condiciones generales salvo lo estipulado en el apartado 2.6 Reconocimiento de antigüedad.

4. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Bupa podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/ o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se hayan manifestado signos, síntomas o tratamiento o con un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un tratamiento para signos, síntomas o diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al usuario-asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, Bupa como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. **Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.**

En el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Bupa podrá aceptar el riesgo declarado a través de la contratación de coberturas adicionales con costo para el Asegurado.

5. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN

5.1 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano perteneciente a la red de proveedores médicos en convenio ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea por **emergencia** médica grave, **Bupa** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo considera. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** dentro de la red de proveedores médicos en convenio y de la misma especialidad. 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 de la red de proveedores médicos en convenio** seleccionado por **Bupa**.

Bupa podrá requerir una segunda opinión quirúrgica si así lo considera necesario para determinar la procedencia de la solicitud, por lo cual los siguientes procedimientos de manera enunciativa y no limitativa requerirán de manera obligatoria la segunda opinión previa autorización:

(i) Prótesis de rodilla, cadera u hombro,
(ii) Inyección de agente intravítreo,
(iii) Cirugía de columna,
(iv) Reintervenciones en general,
(v) Aplicación de bótox para fines no cosmético en cualquier área,
(vi) Rinoseptumplastía,
(vii) Histerectomía,
(viii) Artroscopía de rodilla,
(ix) Funduplicaturas

En caso de que ambas opiniones médicas coincidan en que no existe necesidad de cirugía, no procederá la misma y Bupa no cubrirá los gastos.

No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

5.2 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Si el **asegurado** ha sido diagnosticado con alguna **enfermedad** grave, compleja o crónica, tendrá la opción de solicitar a

Bupa una segunda opinión médica. Dicha segunda opinión será realizada por un **médico dentro de la red de proveedores médicos en convenio** seleccionado por **Bupa**, que emitirá un informe que será compartido con el **asegurado**.

No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

Bupa podrá requerir una segunda opinión médica si así lo considera necesario para determinar la procedencia de la solicitud, por lo cual los siguientes procedimientos de manera enunciativa y no limitativa requerirán de manera obligatoria de una segunda opinión previa autorización:

(i) Prótesis de rodilla, cadera u hombro,
(ii) Inyección de agente intravítreo,
(iii) Cirugía de columna,
(iv) Reintervenciones en general,
(v) Aplicación de bótox para fines no cosméticos en cualquier área,
(vi) Rinoseptumplastía,
(vii) Histerectomía,
(viii) Artroscopía de rodilla,
(ix) Funduplicaturas

6. BENEFICIOS CUBIERTOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**. Por favor consulte las presentes Condiciones generales para detalles sobre los **beneficios cubiertos** de su plan específico.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **beneficios cubiertos**, **deducibles y coaseguros** se entenderán como pesos mexicanos.

Bupa pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente indicado en el certificado individual.

A menos que se indique lo contrario, todos los **beneficios** están sujetos a **deducible**. El **coaseguro** se calcula después de aplicar el **deducible** correspondiente.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

Bupa sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.

Todos los beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**. La **suma asegurada** correspondiente se encuentra en el certificado individual.

6.1 CONSULTA MÉDICA DE PRIMER CONTACTO

Para la prestación de los Servicios Médicos se observará lo siguiente:
Cualquier consulta de primer contacto en general se otorgará a través del médico de la red de proveedores médicos en convenio (médico general y familiar, pediatra, ginecólogo, geriatra y odontólogos) que elija el asegurado.

(a) General y Familiar: Edad abierta

(b) Pediatra: Tratándose de niños y niñas menores de 16 (dieciséis) años

(c) Ginecólogo: Mujeres de 11 (once) años en adelante

(d) Geriatra: Hombres y mujeres de 50 (cincuenta) años en adelante

(e) Odontólogo: Solo aplicará en caso de accidente cubierto dentro de la póliza

La consulta de primer contacto será el conducto para canalizar a cada asegurado, cuando sea necesario, a los Servicios Médicos de laboratorio, gabinete, medicina de especialidad y hospitalización entre otros, así como a los médicos especialistas, siempre y cuando las consultas y estudios de gabinete o laboratorio no sean ordenados con carácter preventivo, revisión de rutina y/o chequeo general.

El médico de primer contacto será el único que podrá generar pases para consultas con médicos especialistas dentro de la red de proveedores médicos en convenio. Cada pase será válido hasta por máximo 5 (cinco) consultas por especialista. En caso de requerir más consultas, el asegurado deberá ir con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio para solicitar nuevamente un pase con médico especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

En cada consulta con médico de primer contacto aplicará el copago establecido en el certificado individual, mismo que deberá ser cubierto por el asegurado.

6.2 CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD

En caso de que el asegurado requiera consulta médica de especialidad, deberá presentarse con el médico especialista de la red de proveedores médicos en convenio, presentando el pase otorgado por el médico de primer contacto, e identificándose con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por Bupa (digital o impresa) que lo identifique como asegurado de Bupa.

Las consultas médicas de especialidad que se cubrirán dentro de la red de proveedores médicos en convenio serán las siguientes:

1. Cirugía general
2. Medicina interna
3. Oncología
4. Gastroenterología
5. Urología
6. Cardiología
7. Ortopedia y traumatología
8. Neurología
9. Otorrinolaringología
10. Neumología
11. Dermatología
12. Oftalmología
13. Endocrinología
14. Nefrología
15. Hematología
16. Proctología
17. Reumatología
18. Medicina interna
19. Cirugía general

La Compañía no está obligada a tener dentro de su red de prestadores de servicios a médicos que otorguen consulta médica ambulatoria de especialidades diferentes a las mencionadas anteriormente.

Sin embargo, si en el directorio médico se encuentra disponible un médico con una especialidad distinta a las mencionadas anteriormente, el asegurado podrá solicitar una consulta médica, **siempre y cuando cuente con previa autorización de Bupa y con un pase de referencia expedido por un médico de primer contacto de la Red.**

Las atenciones con médicos de especialidades diferentes a las mencionadas anteriormente estarán disponibles

únicamente para hospitalizaciones, cirugías o tratamientos de enfermedades de alta complejidad.

Cada pase otorgado por el médico de primer contacto será válido hasta por 5 consultas con médico especialista y tendrá una vigencia de 180 (ciento ochenta) días naturales siempre y cuando la primer consulta con médico especialista se realice dentro de los primeros 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del pase.

En caso de requerir más consultas, el asegurado deberá ir con un médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio para solicitar nuevamente un pase con médico especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

La validez del pase para las 5 consultas de médico especialista tendrá una vigencia de 180 (ciento ochenta) días naturales y 180 (ciento ochenta) días naturales para interconsulta.

Para el punto **6.1 Consulta médica de primer contacto** y **6.2 consulta médica de especialidad,** aplica un límite máximo de 40 consultas anuales por asegurado durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones particulares:

- **Consultas derivadas de subespecialidades.**
- **Una vez que se cuente con el diagnóstico definitivo, si este no se encuentra cubierto por la póliza, las atenciones médicas subsecuentes no estarán cubiertas.**
- **Todo gasto procedente de la dermatitis atópica, en caso de ser diagnosticada en consulta médica de primer contacto y/o de especialidad.**

6.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE SOPORTE DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá a través de pago directo o reembolso y de acuerdo con el tabulador de estudios de laboratorio y gabinete el costo de estudios de laboratorio y gabinete derivados de consulta con médicos de primer contacto y/o especialistas.

Algunos estudios de laboratorio y gabinete requieren autorización previa de acuerdo con lo especificado en la lista publicada en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de bupasalud.com.mx

Cada pase para estudios de laboratorio y gabinete tendrá una vigencia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de emisión. Si por prescripción médica el Asegurado o sus dependientes requieren servicios radiológicos o análisis clínicos, deberán presentar el pase médico con los proveedores médicos en convenio, con identificación oficial vigente y tarjeta de identificación del asegurado.

En los estudios de alta complejidad, el médico tratante debe solicitar la autorización previa de Bupa para los estudios indicados en la lista que podrá consultar en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx.

Exclusiones particulares:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.**
- **Exámenes de rutina.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.**

6.4 MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Se encuentran cubiertos los medicamentos prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista, siempre y cuando su indicación sea derivada del padecimiento, diagnóstico o cirugía cubiertos y se encuentren detallados en el cuadro básico de medicamentos estipulado por Bupa mismo que esta publicado en la sección para asegurados, documentos de tu póliza dentro de www.bupasalud.com.mx.

El asegurado podrá surtir los medicamentos únicamente en las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios, aplicando el copago especificado en la carátula de la póliza El listado de farmacias para medicamentos con copago diferente a cero y copago cero podrá ser consultado por el asegurado en el portal www.bupasalud.com.mx en la sección para asegurados, documentos de tu póliza.

Cada pase para farmacia otorgado por el médico de Consulta de primer contacto o especialidad cubierta, perteneciente a la red de

BUPA, tendrá una vigencia de 7 (siete) días naturales a partir de la fecha de emisión.

La cobertura de medicamentos queda sujeta a la aplicación de copago contratado especificado en la carátula de póliza y/o certificado individual, únicamente procederá para aquellos medicamentos que cumplan con los siguientes criterios:

a. Hayan sido prescritos como resultado de una consulta médica de primer contacto y consulta médica de especialidad, cubiertas por la póliza.

b. sean adquiridos mediante pase emitido por médico de primer contacto y especialidad cubierta dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como en farmacias pertenecientes a la red autorizada por Bupa.

En consecuencia, no será objeto de cobertura bajo este esquema los medicamentos que:

a. No deriven de atención en consulta médica de primer contacto o consulta médica de especialidad o,
b. **Sean adquiridos fuera de la red de farmacias autorizadas.**

El monto por concepto de Copago diferente a cero no será acumulable a deducible ni a coaseguro contratados ni tampoco será reembolsable.

Todo medicamento derivado de una hospitalización o urgencia médica será pagado vía reembolso.

Exclusiones particulares:

- **Se excluye cualquier medicamento que no se encuentre detallado en el cuadro básico de medicamentos estipulado por Bupa.**
- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista pertenecientes a la red de prestadores de servicios.**
- **No se cubren medicamentos homeopáticos.**
- **No se cubren medicamentos antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos, anorexigénicos (para la pérdida de peso).**
- **No se cubren medicamentos anticonceptivos, así como para los tratamientos contra la infertilidad, esterilidad y/o disfunción sexual.**
- **No se cubren latas de leche y/o fórmulas lácteas especiales.**

6.5 CIRUGÍA AMBULATORIA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un médico cirujano dentro de la red de proveedores médicos en convenio que cuente con su cédula de especialista y su certificación vigente emitida por el colegio de la especialidad.

Es necesario que el médico cirujano solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

6.6 HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

Bupa cubrirá los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como los gastos pre y post operatorios, de acuerdo con el tabulador correspondiente.

6.7 ENFERMEROS CALIFICADOS

Bupa pagará los gastos relacionados al cuidado de **enfermeros dentro de la red de proveedores médicos en convenio** legalmente autorizados para ejercer y calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y sea **médicamente necesario**

Esta cobertura tiene un límite máximo de 30 (treinta) días.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

6.8 TERAPEUTAS COMPLEMENTARIOS

Bupa cubrirá a través de reembolso y de acuerdo con el tabulador los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con osteópatas, acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos legalmente autorizados para ejercer con el objeto de restaurar la función física normal del **asegurado** siempre y cuando sea médicamente necesario y haya sido recetado por el médico tratante.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

6.9 TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ORTÓPTICOS

Bupa cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos dentro de la red de proveedores médicos en convenio legalmente autorizados para ejercer.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

6.10 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos por el médico cirujano de la red durante la cirugía ambulatoria.

6.11 EQUIPO MÉDICO DURABLE

Bupa cubrirá los gastos derivados de la utilización de **equipo médico durable** y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrito por **médico de la red de proveedores médicos en convenio**
- Cumpla con la definición de **equipo médico durable**
- Sea autorizado previamente por **Bupa**

Bupa no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable. Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

7 HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

Para todas las cláusulas de este apartado es necesario que el médico tratante y el asegurado soliciten autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

7.1 ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL YALIMENTOS

Bupa pagará los gastos generados por la **hospitalización** del **asegurado**, siempre y cuando:

- Sea prescrito por **médico de la red de proveedores médicos en convenio**
- Exista una necesidad médica de permanecer en el **hospital**
- El tratamiento sea proporcionado o administrado por un **especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio**
- La duración de su estadía sea médicamente justificada

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

7.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN

Bupa cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentación para un acompañante dentro del hospital siempre y cuando el asegurado sea menor de dieciocho 18 (dieciocho) años y se encuentre recibiendo tratamiento derivado de algún padecimiento cubierto.

7.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

Bupa cubrirá los gastos generados por:

- Sala de operaciones
- Sala de recuperación
- Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación
- Medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el **hospital**

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

7.4 CUIDADOS INTENSIVOS

Bupa cubrirá los gastos de **tratamiento** en la unidad de **cuidados intensivos** cuando sea **médicamente necesario y prescrito por un médico de la red de proveedores médicos en convenio** o cuando sea una parte esencial del tratamiento.

7.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

Bupa pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la red de proveedores médicos en convenio, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean **médicamente necesarios** durante la cirugía o **tratamiento** y dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Bupa cubrirá el costo de los honorarios de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos

Bupa no cubrirá los gastos médicos cuando el asegurado reciba atención con proveedores fuera de red, excepto en el caso de emergencia médica grave.

En caso de reembolso **por emergencia médica grave** y en caso de proceder, Bupa cubrirá conforme al Tabulador vigente lo siguiente:

1. En una misma cirugía 2 (dos) o más procedimientos terapéuticos solo pagará el mayor o uno de ellos si son de igual monto.
2. Si el mismo cirujano hace 2 (dos) intervenciones con 2 (dos) incisiones distintas en otra parte del cuerpo del paciente se pagará 100% (cien por ciento) de la que tenga el valor más alto y 50% (cincuenta por ciento) de la segunda.
3. En el caso de un segundo cirujano de especialidad distinta al primer cirujano, se le pagará el 100% (cien por ciento). Una segunda intervención dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas se considera como la misma cirugía, posterior a este lapso se considera un procedimiento nuevo.

En el caso de proceder el reembolso por **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de red debido a que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones presentadas al asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

Todas las consultas, tratamientos y servicios médicos postoperatorios deberán ser gestionados con la red de proveedores médicos en convenio.

7.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete siempre y cuando sea recomendado por un **médico** o **especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones particulares:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes autorizados por Bupa.**
- **Exámenes para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la**

enfermedad de Alzheimer.

7.7 FONOAUDIÓLOGOS

Bupa pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por **fonoaudiólogos** si se requiere como parte de su **tratamiento** hospitalario.

Lo anterior será procedente siempre y cuando estos **tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **enfermedad o padecimiento** principal se encuentre debidamente cubierto por esta **póliza**. Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **Bupa**.

Exclusiones particulares:

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psico educacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.**
- **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, asesoría nutricional o cirugía y medicamentos.**

7.8 PRÓTESIS E IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

a) PRÓTESIS

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

Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza (**excepto lo expresamente excluido en las presentes Condiciones generales**).

Compra o renta a decisión y programación de Bupa de auxiliares mecánicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza de acuerdo al tabulador de honorarios médicos para territorio nacional.

Solo se cubrirá por una vez en la vida de la póliza de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones generales.

b) IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS

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

Implantes prostéticos:

- Para reemplazar articulación o ligamento
- Para reemplazar válvula cardiaca
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial
- Para reemplazar un músculo del esfínter
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro

Aparatos (ejemplos):

- Una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado.
- Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una **operación quirúrgica** de columna vertebral.
- Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza cuello.
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa).
- Stent.

Para prótesis incluidas, prótesis robóticas y aparatos electromecánicos será cubierto hasta un máximo de $200,000 (doscientos mil pesos) por año, por asegurado, una vez descontado el deducible y coaseguro.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado

deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares

- **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente.**
- **Aparatos robóticos, con servomecanismos y/o biotecnológicos.**
- **Prótesis del oído.**
- **Mantenimiento de prótesis.**
- **Implante coclear**
- **Lente intraocular multifocal**
- **Anillos intraestromales o intracorneales**

8 ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

En caso de accidente cubierto, Bupa no aplicará el deducible contratado durante el año póliza en que ocurrió el accidente, siempre que se cumplan los siguientes criterios:

1. El gasto por dicho accidente deberá ser mayor a $4,000.00 (cuatro mil pesos 00/100 M.N.), y
2. El asegurado deberá ser atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa, y
3. Se deberán acreditar los gastos de la atención médica recibida dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Si el gasto inicial por dicho accidente cubierto es menor al monto señalado en el punto 1 y la suma de las atenciones médicas subsecuentes relacionadas con el mismo accidente rebasan los $4,000.00 (cuatro mil pesos 00/100 M.N.) durante la vigencia en la que ocurrió el mismo, el asegurado podrá enviar a Bupa las facturas que acrediten el gasto total o superior al monto referido para el trámite de su reembolso, siguiendo el proceso indicado en la cláusula 3.9 Proceso de reembolso y conforme al tabulador de honorarios médicos.

En caso de que el monto total del accidente cubierto resulte menor a $4,000.00 (cuatro mil pesos 00/100 M.N.), los gastos correrán a cargo del asegurado y podrán ser acumulados al deducible contratado del año póliza correspondiente.

9 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

Bupa cubrirá los gastos generados por el **tratamiento** dental **médicamente necesario** para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, cuando se deriven de lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un **accidente** notificado en tiempo y forma y cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al **accidente**.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.**
- **Se excluyen piezas restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio o de osmio.**

10 REHABILITACIÓN Y CUIDADOS EN CASA

10.1 ENFERMERÍA EN CASA

Bupa cubrirá los gastos que erogue el **asegurado titular** y/o **Contratante** después de **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- Sea recetado por el proveedor **médico en convenio facultado para ello**
- Comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del **hospital**
- Se reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el **hospital**
- Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a) calificado(a) dentro de la red de proveedores médicos en**

convenio en casa del **asegurado,** y

- Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos tales como administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y **sea médicamente necesario (no incluye cuidados asistenciales).**
- **Se cubrirán máximo 30 (treinta) días siempre que sea medicamente necesario**

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.**

10.2 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

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

Bupa sólo cubrirá los gastos por **rehabilitación** y fisioterapia cuando:

- Haya recibido autorización previa al inicio del **tratamiento,**
- Sea considerada **médicamente necesaria,** como resultado de un **tratamiento h**ospitalario o ambulatorio cubierto bajo la **póliza** para tratar dicha condición,
- Inicie dentro de los 30 (treinta) días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la **rehabilitación multidisciplinaria.**
- El médico de primer contacto o especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio otorgará un pase de hasta 10 (diez) sesiones, para sesiones posteriores el **asegurado** deberá acudir nuevamente con el médico tratante para solicitar otro bloque de 10 (diez) sesiones. Vigencia del pase 180 (ciento ochenta) días naturales.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **Habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.**

11 COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

11.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta **póliza se cubrirá hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida** y de acuerdo con lo siguiente:

Se cubren los gastos médicos requeridos para tratamientos de padecimientos congénitos de los asegurados:

1. Que hayan nacido dentro de la vigencia de la póliza y que sean dados de alta en la colectividad dentro de los siguientes 30 (treinta) días a su nacimiento.
2. Que hayan nacido fuera de la vigencia de la póliza, pero que tengan más de 5 (cinco) años de edad y que sus primeros síntomas o signos sean durante la vigencia de la póliza con Bupa o que sean diagnosticados dentro de la vigencia de la póliza.
3. Que hayan nacido en cualquiera de las vigencias de la póliza de la colectividad asegurada y que su diagnóstico o primeros síntomas o signos sean durante la vigencia de la póliza colectiva en Bupa.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

11.2 TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER

Bupa cubrirá los gastos derivados de cualquier **tratamiento** de cáncer, una vez que sea diagnosticado **por un médico de la red de proveedores médicos en convenio** hasta la suma asegurada de la póliza siempre y cuando haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales, incluyendo **trasplante** de médula ósea,

honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el **tratamiento** contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) EMA (Agencia Europea de medicamentos) y la NCCN (National Comprehensive Cancer Network). o la autoridad de salud competente.**
- **Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada.**

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

11.3 COBERTURA DE TRASPLANTES

Bupa cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante de órganos hasta $5,000,000 (cinco millones de pesos) o la suma asegurada de la póliza, lo que sea menor, por diagnóstico, de por vida siempre que sea médicamente necesario y se hayan agotado los medios y recursos posibles y** una vez transcurrido el período de espera establecido en las presentes Condiciones generales incluyendo consultas con **médicos** o **especialistas de la red de proveedores médicos en convenio** y **tratamiento** médico cuando el **asegurado** se encuentre internado en el **hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio** o como **paciente ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- Córnea
- Riñón
- Páncreas
- Hígado
- Corazón
- Pulmón
- Médula ósea (no relacionado con cáncer)

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza. Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para **trasplante** de médula ósea y **trasplantes** de células madre periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo beneficio de **tratamiento** de cáncer.

Bupa cubrirá los gastos del **donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **donante** está **asegurado** o no incluyendo:

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

Los gastos del donante contribuyen a la suma asegurada máxima especificada para la cobertura de trasplantes.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante.**
- **La compra de un órgano donado de cualquier fuente o recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.**
- **Los trasplantes de médula ósea con fines experimentales no están cubiertos.**

11.4 DIÁLISIS RENAL

Bupa pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

11.5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Una vez que haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales, **Bupa** cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA hasta la suma asegurada de la póliza, aplicada de por vida, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período.

En caso de que la enfermedad sea detectada o inicie durante el periodo de espera no se cubrirán los gastos derivados de la misma durante la vida de la póliza.

El período de espera para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

11.6 HALLUX VALGUS

Una vez que haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales, Bupa se obliga a cubrir los gastos médicos y hospitalarios del tratamiento necesario para corregir Hallux Valgus/Hallux Rigidus y sus complicaciones hasta por $50,000 (cincuenta mil pesos) por pie, de por vida, que incluye, pero no se limita a: utilización de aparatos ortopédicos, sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante extracción de una parte del hueso del dedo o mediante la liberación y anclaje de tendones.

Se aplican el deducible y coaseguro contratados establecidos en el certificado individual.

El período de espera para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

11.7 CIRUGÍA REFRACTIVA

Una vez que haya transcurrido el período de espera detallado en las presentes Condiciones generales, Bupa se obliga a cubrir los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, hasta por $10,000 (diez mil pesos) por ojo, de por vida, sujeto a los siguientes criterios médicos:

a) El asegurado deberá ser mayor a 18 (dieciocho) años al momento de solicitar el procedimiento.

b) Si el asegurado tiene 5 (cinco) dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado y se demuestre mediante un estudio de optorefractómetro, y

c) Si el tratamiento es realizado por un proveedor médico dentro de la red de proveedores (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado.

No aplica deducible ni coaseguro.

El período de espera para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

Exclusiones particulares:

- **No se cubre el costo de ningún tipo de lente o aparato prostético.**

12. MATERNIDAD

Bupa pagará solamente a la **asegurada titular,** cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del embarazo **atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio** hasta por $30,000 (treinta mil pesos) por embarazo, siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**.

El período de espera para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

Exclusiones particulares:

Tratamientos para asistir en la reproducción, tales como:

- **Fertilización in-vitro (IVF)**
- **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
- **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
- **Inseminación artificial (1A)**
- **Medicamentos recetados para la fertilidad**
- **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra) o gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen**
- **Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tales como consultas con el doctor para discutir la posibilidad de embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Embarazo, parto y complicaciones de maternidad derivadas de tratamientos para asistir la reproducción.**
- **Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.**
- **Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.**

Esta cobertura únicamente aplica para asegurada titular, cónyuge o concubina del titular de la póliza.

Para disfrutar de este beneficio, la **asegurada dependiente** que no sea cónyuge o concubina deberá optar por una **póliza** independiente donde sea la **asegurada titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva **asegurada**.

En caso de cambio de plan es posible que este beneficio no se otorgue en el nuevo plan. Por favor consulte previamente las condiciones generales del plan a contratar.

A) PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Bupa pagará solamente a la **asegurada titular,** cónyuge o concubina **dependiente** los gastos derivados del parto **atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio** hasta el límite establecido en las presentes Condiciones generales siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**.

El **tratamiento** de maternidad y parto incluye:

- Cargos de **hospitales,** honorarios de obstetras y parteras por parto natural, **siempre y cuando se encuentren dentro de la red de proveedores médicos en convenio.**
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas.
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el **recién nacido.**

- No aplica **deducible** ni **coaseguro.**

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

B) CESÁREA

Bupa cubrirá a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente** por gastos de **hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de la cesárea **atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio** hasta el límite establecido en las presentes Condiciones generales siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**.

No aplica **deducible** ni **coaseguro**.

No aplica continuación de cobertura ni eliminación de periodos de espera.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

C) TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

Una vez cubierto el periodo de espera de 10 (diez) meses de cobertura continua a partir del inicio de vigencia de la póliza, Bupa cubrirá a la asegurada titular o cónyuge o concubina dependiente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto con la red de proveedores médicos en convenio hasta el límite establecido en las presentes Condiciones generales.

Los gastos derivados del tratamiento pre y post natal contribuyen a la suma asegurada de maternidad.

No aplica **deducible** ni **coaseguro**.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

12.1 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Bupa cubrirá a la **asegurada titular** o cónyuge o concubina **dependiente hasta la suma asegurada de la póliza** por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de las siguientes **complicaciones de maternidad y parto** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **asegurada**:

Embarazo extrauterino

- Embarazo molar
- Los estados de fiebre puerperal
- Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica
- Placenta acreta
- Placenta previa
- Atonía uterina
- Preeclampsia
- Amenaza de aborto
- Diabetes gestacional
- Muerte del feto o **recién nacido**

Aplica **deducible** y **coaseguro contratado**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de **Bupa**. Si requiere **hospitalización** de **emergencia** médica grave como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto**, se deberá notificar a **Bupa** dentro de las 24 (veinticuatro) horas después de ser hospitalizada **y una vez que se encuentre médicamente estable podrá ser trasladada a un hospital dentro de la red de proveedores médicos en convenio.**

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de Bupa y el asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza.

12.2 INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, debe haber nacido de un embarazo cubierto. El **asegurado titular** deberá presentar dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- El **recién nacido** no nace de un embarazo cubierto, o
- La notificación no es recibida durante los **30 (treinta)** días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta **póliza,** o
- El **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

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

12.3 COBERTURA PROVISIONAL DEL RECIÉN NACIDO

Si nace de un embarazo cubierto, el **recién nacido** tendrá cobertura provisional automática por cualquier **lesión** o **enfermedad** durante los primeros 30 (treinta) días de vida después del parto. No aplica deducible.

La cobertura para el **recién nacido** solamente está amparada cuando nace de un embarazo cubierto y hasta por

$10,000 (diez mil pesos) por embarazo. La cobertura del r**ecién nacido** se extiende a cubrir cualquier **lesión** o **enfermedad** que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la **póliza** contratada por el **asegurado titular** y/o **contratante.**

Si dentro de los primeros 30 (treinta) días de vida, el recién nacido no es incluido en la presente **póliza,** cesará la cobertura provisional automática.

13. TRASLADOS

13.1 AMBULANCIA AÉREA LOCAL

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

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

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia aérea** sea:

- **Médicamente necesaria,**
- Utilizada para el traslado hacia el centro médico dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** más cercano donde el **asegurado** pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo,
- Relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital.**

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

Es necesario autorización previa de Bupa y debe ser gestionado con la red de proveedores médicos en convenio.

Este beneficio tendrá un coaseguro fijo del 20% (veinte por ciento) para cualquier opción de coaseguro contratado y no se aplicará para esta cobertura el tope de coaseguro. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada y sea gestionado con la red de proveedores médicos en convenio.

13.2 AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

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

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

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia terrestre** local sea:

- **Médicamente necesaria,** y
- Relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el **hospital.**

Es necesario autorización previa de Bupa y debe ser gestionado con la red de proveedores médicos en convenio.

14. BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

Sin menoscabo de la suma asegurada contratada que se detalla en la carátula de la póliza, se establecen $150,000,000 (Ciento cincuenta millones de pesos 00/100 M.N.) 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 las condiciones generales de la **póliza,** salvo las enfermedades o padecimientos a los que se especifique una Suma Asegurada de por vida y así aparezca descrita en las presentes Condiciones generales.

15. ASISTENCIAS INCLUIDAS

15.1 ASISTENCIA DENTAL BÁSICA

Para efectos de esta asistencia los servicios de atención dental serán proporcionados por el Proveedor de servicios dentales en convenio siempre y cuando los mismos sean requeridos tal como se especifica en las Condiciones Generales incluidas en la documentación de la póliza.

Para acceder a este servicio, los Asegurados deberán consultar la red de proveedores dentales, misma que estará disponible en el portal del proveedor de servicios dentales en convenio. Esta asistencia será aplicable únicamente en territorio nacional.

15.2 MÉDICO A DOMICILIO

Cuando el Asegurado no pueda trasladarse a una consulta médica y la situación pueda resolverse en su domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá sin límite de eventos a gestionar al envío de un médico general a domicilio con costo preferencial para el asegurado, sujeto a valoración médica por parte del médico que recibe la llamada de solicitud. Este servicio no tiene límite de eventos. Para acceder a este servicio el asegurado deberá marcar al teléfono: 55 6826 9296

Este servicio está **sujeto a disponibilidad de red** en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

15.3 DESCUENTO EN MEDICAMENTOS DERIVADO DE UN MÉDICO A DOMICILIO

En caso de prescripción de medicamentos por el médico que le atendió en su domicilio, el seguro incluye un descuento de hasta $800.00 en la adquisición y el envío al domicilio del Asegurado de dichos medicamentos.

Para hacer uso del servicio, deberá comunicarse a la línea establecida y enviar copia de la receta emitida por el médico. Se estará entregando el medicamento en un horario de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. en las principales ciudades, después de ese horario se entregará en el siguiente horario disponible a la mañana siguiente.
Este servicio no tiene límite de eventos y siempre será derivado del servicio de Médico a Domicilio.

15.4 AMBULANCIA TERRESTRE

Se brinda hasta 1 (un) evento al año para ambulancia terrestre local sin aplicar copago, siempre que sea derivado de una emergencia médica. Para servicios posteriores el asegurado contará con precios convenidos por la Compañía. Para acceder a este servicio el asegurado deberá marcar al teléfono: 55 6826 9296

15.5 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Se brinda la orientación telefónica médica de manera ilimitada en caso de que el asegurado desee consultar con un médico general temas respecto a su salud, sin aplicar copago. Para acceder a este servicio el asegurado deberá marcar al teléfono: **55 6826 9296**

La asistencia está disponible para el asegurado de 8:00 a.m. a 20:00 p.m. los 7 (siete) días de la semana.

15.6 ASISTENCIA MÉDICA Y PSICOLÓGICA POR MEDIO DE VIDEOLLAMADA

Se brindan las atenciones médicas por medio de videollamada sin límite de eventos las 24 (veinticuatro) horas, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año. Para la asistencia psicológica por videollamada estará disponible de lunes a viernes en un horario de 6:00 a.m. a 14:00 p.m. sin límite de eventos.

Para esta asistencia no aplica copago.

El asegurado podrá solicitar este servicio por medio de la App Bupa México, misma que está disponible para descarga de manera gratuita en las plataformas digitales designada en su dispositivo celular.

15.7 MEDICIÓN DE CONSTANTES VITALES

Se brinda la medición de signos vitales por medio de la App Bupa México, sin límite de eventos, misma que podrá medir el nivel de estrés, frecuencia cardíaca, respiratoria, presión sistólica y diastólica. No aplica copago.

La App Bupa México está disponible para descarga de manera gratuita en las plataformas digitales designadas en su dispositivo celular.

15.8 MONITORIZA TU SALUD

Se brindan los programas preventivos por medio de la App Bupa México sin copago y sin límite eventos, donde el asegurado podrá registrar de manera automática sus datos biométricos para el seguimiento de su salud.

La App Bupa México está disponible para descarga de manera gratuita en las plataformas digitales designadas en su dispositivo celular.

16. COBERTURAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL CON COSTO

16.1 DERECHO DE CONVERSIÓN

En caso de contratación de esta cobertura opcional, el asegurado titular que haya dejado de pertenecer al grupo asegurado tendrá la posibilidad de contratar una póliza de gastos médicos mayores individual y/o familiar con Bupa, siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

Para ejercer el Derecho de Conversión, el Asegurado Titular deberá solicitar a Bupa dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha en que fue dado de baja de la póliza colectiva, la emisión de la póliza de gastos médicos mayores individual Bupa Nacional Vital sin presentar suscripción o pruebas de asegurabilidad, reconociendo la antigüedad que haya logrado en el seguro colectivo Bupa Óptimo Empresarial 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.

Para la contratación de dicha póliza individual, el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El grupo asegurado del cual se está dando de baja, deberá haber contratado el endoso de Derecho de Conversión y cumplir con un Periodo de Espera de 12 (doce) meses.
2. El Asegurado Titular del certificado debe ser el titular de la póliza individual
3. Haber estado asegurado dentro de la colectividad por al menos 12 (doce) meses de manera continua e ininterrumpida.
4. Presentar la baja en el instituto de seguridad social al que pertenece
5. Cumplir con los límites de edad de contratación establecidos en las Condiciones Generales del plan Bupa Óptimo Empresarial (69 años).
6. Presentar la solicitud de seguro de gastos médicos mayores individual debidamente llenada y firmada, incluyendo cuestionarios médicos (sin importar que no pasen por suscripción) y la información para identificación del cliente (artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Las reclamaciones procedentes que se presentaron durante su cobertura en la póliza Bupa Óptimo Empresarial, quedarán cubiertas en la nueva póliza Bupa Nacional Vital bajo los siguientes términos y condiciones:

1. Se aplicará lo que resulte menor entre el remanente de la suma asegurada de la póliza colectiva o la suma asegurada del producto individual.
2. Se aplicará el deducible y coaseguro anual del plan individual vigente al momento de la reclamación.
3. **No se pagarán complementos de siniestros NO PROCEDENTES bajo la vigencia de la póliza colectiva.**
4. La Suma asegurada no será reinstalable para las reclamaciones procedentes que se presentaron en la póliza Bupa Óptimo Empresarial.
5. **No se cubrirán los padecimientos cuya fecha de inicio es anterior a la contratación de la póliza colectiva.**
6. Las coberturas adicionales y/o condiciones especiales que se tenían en la póliza colectiva no podrán ser otorgadas en la póliza individual.
7. **Quedan excluidos de la póliza individual los padecimientos preexistentes cuya fecha de inicio es**

anterior a la contratación de la póliza colectiva.

En dicha póliza individual se otorgará el nivel de cobertura del plan Bupa Óptimo Empresarial:

1. Suma Asegurada, no podrá ser mayor a la contratada en la póliza colectiva y serán aquello disponibles en el plan individual autorizado para Derecho de Conversión
2. La zona de cobertura deberá ser la correspondiente a Zona 1 de acuerdo con la póliza individual.
3. Deducible, coaseguro y tope de coaseguro no podrán ser menores a los contratados en la póliza colectiva y serán aquellos disponibles en el plan autorizado para Derecho de Conversión.
4. Quedan excluidos de la póliza individual, los complementos de reclamaciones de coberturas adicionales con las que pudiera contar la póliza colectiva.
5. Se respetará la antigüedad ganada dentro de la póliza Bupa Óptimo Empresarial para eliminar o reducir los periodos de espera indicados en la póliza individual.

Cobertura de maternidad.

Si al momento del cambio a la póliza individual la Asegurada se encuentra embarazada y se cumple con el periodo de espera establecido en la póliza de Colectiva Bupa Óptimo Empresarial para maternidad, el beneficio máximo para esta cobertura será el que resulte menor entre la suma asegurada contratada en la póliza de Colectiva y el beneficio de maternidad disponible en la póliza individual.

El Derecho de Conversión no operará en los siguientes casos:

1. **Fallecimiento o invalidez del Asegurado Titular.**
2. **Cuando la cancelación de la póliza colectiva sea anterior a la solicitud del Derecho de Conversión.**
3. **Jubilación del empleado.**
4. **Falta de pago de primas.**
5. **En caso de bajas masivas (bajas de más del 10% de la población inicial en un periodo no mayor a 30 (treinta) días.**
6. **En caso de que la baja sea a causa de un siniestro que haya sufrido el asegurado o dependientes, en donde el contratante busque que no se vea afectada la siniestralidad de la póliza colectiva.**
7. **Cuando la empresa Contratante presente cierre, quiebra o liquidación.**
8. **No opera con figura de Dependiente o Cónyuge como titular de la póliza.**

16.2 ELIMINACIÓN DE COBERTURA DE MATERNIDAD

En caso de contratación de esta cobertura opcional, se eliminará la cobertura de maternidad ya sea por parto o cesárea, tratamiento pre y post natal, así como complicaciones de maternidad y parto y la cobertura provisional del recién nacido. En caso de que su póliza cuente con este endoso, los niños que requieran darse de alta en la póliza deberán pasar por evaluación médica de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

16.3 ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

En caso de haberse contratado esta cobertura, se modificarán los periodos de espera de acuerdo con la siguiente tabla:

PERÍODOS DE ESPERA	
Padecimientos de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas) **padecimientos** anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, **padecimientos** de la vesícula y vías biliares, **enfermedades** articulares de las falanges de los pies, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.	0 meses
Tratamiento contra el cáncer.	0 meses
Trasplantes	0 meses
Tumores (de cualquier tipo)	0 meses
Insuficiencia renal	0 meses

Periodo de espera general.	0 meses

Esta eliminación no aplicará para las coberturas de Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Hallux Valgus y Cirugía refractiva.

Para la cobertura de maternidad se podrá eliminar el periodo de espera siempre y cuando la Asegurada compruebe cobertura previa e ininterrumpida en la póliza colectiva de la empresa.

Se aclara que el reconocimiento de antigüedad no significa la aceptación de padecimientos preexistentes, ni excluidos de la póliza.

16.4 INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA DE MATERNIDAD

En caso de haber contratado esta cobertura opcional, la suma asegurada correspondiente a la cobertura de maternidad para parto o cesárea dentro de hospital de red (periodo de espera de 10 meses) podrá ser modificada de acuerdo con las siguientes opciones:

a) $40,000 (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo.
b) $50,000 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por embarazo.
c) $60,000 (sesenta mil pesos 00/100 M.N.) por

embarazo. No aplica deducible ni coaseguro.

16.5 PAGO DE COMPLEMENTOS

En caso de haber contratado esta cobertura opcional, quedarán cubiertos los gastos médicos complementarios erogados durante la vigencia de la póliza, siempre que el asegurado acredite fehacientemente a Bupa haber estado asegurado en otra aseguradora mexicana en el período inmediato anterior a la fecha de solicitud de alta en esta póliza y el padecimiento reclamado no se encuentre dentro de exclusiones del presente contrato. Asimismo, se deberán notificar por escrito a Bupa, los padecimientos ya reembolsados por otras instituciones de seguros, cuyos Pagos de Complementos habrán de ser reconocidos. De no existir esta notificación, no procederá el pago de tales gastos.

El asegurado deberá presentar la información médica, formularios y estudios que corroboren el diagnostico, así como la carta remanente y/o finiquito expedida por la aseguradora anterior. El beneficio máximo a otorgar será reinstalable anualmente por dicho diagnóstico y será el beneficio resultante menor entre la suma asegurada básica contratada y la suma asegurada remanente de la póliza previa.

No aplicará deducible para Pagos de Complementos de padecimientos debidamente notificados a Bupa. Aplicará el coaseguro y tope de coaseguro contratado en el presente contrato.

16.6 PREEXISTENCIAS AMPLIAS

En caso de haber contratado esta cobertura opcional, se cubrirán las enfermedades y/o padecimientos preexistentes a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza colectiva y en el certificado individual correspondiente, aplicando reconocimiento de antigüedad.

Se entenderá como padecimientos preexistentes los que reúnan una de las siguientes características:

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
b) Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

16.7 PREEXISTENCIAS LIMITADAS

En caso de contratación de esta cobertura opcional, se cubrirán las enfermedades y/o padecimientos preexistentes, siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de la vigencia de la presente póliza y el diagnóstico de la enfermedad sea posterior al alta del asegurado en la póliza colectiva con el contratante.

Aplica un periodo de espera de 2 años con posibilidad de reducción o eliminación de los mismos siempre y cuando el asegurado compruebe una cobertura equivalente en la aseguradora anterior.

IMPORTANTE: Todo padecimiento preexistente diagnosticado no declarado no

tendrá nunca cobertura bajo la póliza arriba mencionada, y la Aseguradora se reserva el derecho de excluir los mismos al tomar conocimiento de ellos con fecha posterior a la emisión de esta póliza o endoso, o en su caso rescindir de pleno derecho la póliza arriba mencionada.

16.8 REEMBOLSO FUERA DE RED

En caso de contratación de esta cobertura opcional, Bupa cubrirá a través de reembolso los gastos relacionados con accidentes y enfermedades cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales de la póliza que sean atendidos y tratados con médicos y proveedores que no pertenezcan a la red de proveedores médicos en convenio con Bupa, los cuales pertenezcan al mismo nivel hospitalario ofrecido en este producto, de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos para reembolso, mismo que se encuentra disponible para su consulta en www.bupasalud.com.mx/tabulador-para-reembolso-fuera-de-red

Aplica deducible y coaseguro contratado.

17. ASISTENCIAS OPCIONALES CON COSTO

17.1 ASISTENCIA DENTAL INTERMEDIO

En caso de contratación de esta cobertura opcional, y para efectos de esta asistencia, los servicios de atención dental serán proporcionados por el Proveedor de servicios dentales elegido por Bupa. Esta cobertura será aplicable únicamente en territorio nacional. La asistencia dental Intermedia incluye los siguientes servicios:

Servicios dentales	Participación del asegurado
Servicios Básicos (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauración con amalgamas y resinas)	0%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	0%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)	0%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)	20%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)	Descuento del 20% sobre el costo total del tratamiento
Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)	Descuento del 20% sobre el costo total del tratamiento
Deducible Anual por Persona	$0.00
Límite anual por persona	$120,000

17.2 ASISTENCIA DENTAL MAGNO

En caso de contratación de esta cobertura opcional y para efectos de esta asistencia, los servicios de atención dental serán proporcionados por el Proveedor de servicios dentales elegido por Bupa. Esta cobertura será aplicable únicamente en territorio nacional. La asistencia dental Magno incluye los siguientes servicios:

Servicios dentales	Participación del asegurado
Servicios Básicos (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauración con amalgamas y resinas)	0%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	0%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)	0%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)	0%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)	20%
Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)	20%
Deducible Anual por Persona	$0.00
Límite anual por persona	$120,000

17.2 ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

En caso de contratación de esta cobertura opcional, el asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana sufra un accidente, enfermedad, enfermedad grave o emergencia en viaje, Bupa, a través del Prestador de Servicios Asistenciales, proporcionará los servicios que se señalan a continuación:

ASISTENCIAS	EVENTOS	MONTO MÁXIMO
Ambulancia aérea por emergencia	1	Hasta 20,000 USD
Ambulancia terrestre por emergencia	1	Sujeto a la legislación del país
Pago boleto de avión redondo y gastos por hospedaje en caso de hospitalización imprevista (aplica después 5 días de hospitalización)	1	200 USD x noche | máximo 10 días consecutivos
Traslado de un familiar o acompañante en caso de enfermedad grave en el extranjero	1	1 boleto redondo / clase económica
Traslado de titular por convalecencia en caso de que no pueda regresar a la residencia (Interrupción de viaje)	1	1 boleto aéreo clase económica
Repatriación, traslado en caso de fallecimiento (restos mortales o inhumación)	1	Hasta 30,000 USD
Localización y reenvío de equipaje, asistencia por documentos extraviado	Sin límite	Sin límite
Gastos dentales por urgencia en el extranjero (máximo $500 USD)	1	máximo 500 USD
Gastos de hotel por convalecencia (para el asegurado)	1	200 USD x noche | máximo 10 días consecutivos
Monitoreo médico	Sin límite	Sin límite
Cuidado y traslado de acompañantes	1	1 boleto aéreo sencillo clase económica
Información previa a un viaje	Sin límite	Sin límite
Asistencia médica por enfermedad repentina y/o accidente	1	Hasta 100,000 USD | Aplica Copago 100 USD

El detalle de las coberturas, límites y exclusiones se encuentran especificadas en la documentación de la póliza.

V. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

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

Para todas las exclusiones en esta sección, así como para cualquier exclusión y restricción que aparezca en las Condiciones Generales de la póliza de seguro, Bupa no proporciona cobertura o beneficios por enfermedades y/o padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la póliza o sus complicaciones.**
- **Enfermedades o padecimientos preexistentes declarados y no aceptados por Bupa.**
- **Enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y/o tratamientos excluidos.**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades y/o padecimientos y tratamientos excluidos.**
- **Estudios de carácter preventivo.**
- **En caso de que algún padecimiento presente sintomatología o sea diagnosticado durante el periodo de espera general o específico, será considerado exclusión por todas las vigencias de la póliza.**

Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto íntegro de las presentes Condiciones Generales.

1. SERVICIOS ATENDIDOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

Gastos médicos no gestionados a través del proceso descrito en la cláusula 3.8 Cómo hacer uso de su póliza, dentro de la red de proveedores médicos en convenio con Bupa, excepto los casos descritos en las presentes Condiciones Generales.

2. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO

El tratamiento por cualquier lesión, enfermedad o padecimiento que resulte de participar en actividades y/o deportes de alto riesgo ya sea ocasional o amateur o por compensación o como profesional.

3. ADMISIÓN ELECTIVA

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

4. 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.

5. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS

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

6. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cualquier cirugía electiva o cosmética, procedimientos, tratamientos, tecnologías, medicamentos, artículos y/o suministros que no son medicamente necesarios para el tratamiento de una lesión derivada de un accidente o enfermedad o padecimiento cubierto y que solo son proporcionados para mejorar, alterar, aumentar o manipular la calidad de una condición actual, la cual podrá incluir ojos, cabello, visión, tabique nasal, dientes, oído, tamaño físico, capacidad atlética, capacidad sexual y/o cualquier otro atributo mental o físico que no caiga dentro de estas categorías.

7. TERAPIA COMPLEMENTARIA

Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital y que forme parte de una terapia complementaria, o de medicina alternativa o de medicina tradicional.

8. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO

Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

9. CIRUGÍA ROBÓTICA

Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica.

10. CONFLICTO Y DESASTRE

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

- **Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,**
- **Participó activamente, o**
- **Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.**

11. CONTROL DE NATALIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

12. CONSULTAS MÉDICAS DE PRIMER CONTACTO Y ESPECIALIDAD

Las consultas médicas de primer contacto y las consultas médicas de especialidad que excedan el límite máximo indicado en el apartado 6. Beneficios cubiertos, así como los gastos médicos que se pudieran derivar de estas.

13. CONSULTAS RELACIONADAS A TRASTORNOS MENTALES

No serán cubiertas las consultas psicológicas y/o psiquiátricas que no estén directamente relacionadas con un accidente o enfermedad cubierta.

14. CONSULTA NUTRICIONAL

No serán cubiertas las consultas nutricionales que no estén directamente relacionadas con un accidente o enfermedad cubierta.

15. CONSULTA ODONTOLÓGICA

No serán cubiertas las consultas odontológicas que no estén relacionadas directamente con

un accidente o enfermedad cubierta.

16. COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EXCLUIDOS

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

17. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO

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

18. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO

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

19. DESÓRDENES DE SUEÑO

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

20. DISFUNCIONES SEXUALES

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

21. ENFERMEDADES POR EPIDEMIA Y/O PANDEMIA

No está cubierto el diagnóstico, tratamiento y/o complicaciones, derivadas de cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica; tampoco están cubiertas las vacunas, ni los tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

22. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

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

23. CONSULTAS Y TRATAMIENTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD:

- **Nutrición**
- **Psicología**
- **Psiquiatría**
- **Quinesiólogos**
- **Quiropráctico**
- **Especialistas en Rehabilitación relacionados a adicciones**

24. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES

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

25. EXÁMENES GENÉTICOS

Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad y/o padecimiento, y cuyo único propósito sea preventivo, aún si son recomendados o prescritos por algún profesional de la salud.

Bupa no pagará por exámenes utilizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

26. EXAMENES / TRATAMIENTO / CONSULTAS PREVENTIVAS

Cualquier examen de rutina que no sea parte del control recurrente de un padecimiento amparado, procedimiento, consulta o tratamiento preventivo incluyendo los que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar una enfermedad, exceptuando tamiz auditivo, cardiaco y metabólico neonatal.

27. EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS

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

28. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN

No están cubiertos los gastos relacionados a las amenidades y/o artículos de uso personal que suelen ser otorgados al paciente al momento del ingreso al hospital (tales como pero no limitados a pasta dental, cepillo dental, shampoo, pantuflas, etc).

29. GASTOS EXCESIVOS

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

30. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

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

- **(a) Que no sea médicamente necesario, o**
- **(b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, 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.**

Cualquier exclusión particular de la póliza 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.

31. 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.

32. 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.

33. LESIONES POR RIÑAS

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

34. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

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

35. MATERNIDAD SUBROGADA

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

36. MEDICAMENTOS SIN RECETA

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

37. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES

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

38. PODOLOGÍA

Cuidado podiátrico para cualquier patología, incluidas las enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones. Se excluyen así mismo los zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.

39. PROFESIONAL MÉDICO Y/O PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O INSTALACIÓN MÉDICA QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.

40. DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Cualquier estudio y/o tratamiento para diagnosticar y/o asistir o procurar la reproducción, de forma enunciativa más no limitativa:

- **Pruebas de fertilidad**
- **Fertilización in-vitro (IVF)**
- **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**
- **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)**
- **Inseminación artificial (1A)**
- **Tratamiento de medicamentos recetados**
- **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)**
- **Gastos relacionados con la donación, transferencia y/o conservación de óvulos y/o semen**

41. TERAPIAS GÉNICAS Y MODIFICACIÓN GENÉTICA DEL GENOMA HUMANO

Quedan excluidos de esta póliza todos los gastos tratamientos, medicamentos, procedimientos, o intervenciones médicas relacionados con terapías génicas o cualquier forma de modificación del genoma humano, incluyendo, pero no limitándose a:

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.

5. Incorporación de material genético exógeno al organismo del asegurado, salvo que se trate de procedimientos expresamente autorizados en protocolos médicos aprobados por las autoridades sanitarias mexicanas y no relacionados con modificación directa del genoma humano.

42. TRATAMIENTO DENTAL

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

presentes Condiciones Generales.

43. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

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

44. MEDICINA HIPERBÁRICA

Medicina hiperbárica, incluida cámara hiperbárica.

45. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

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

46. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Bupa no pagará por tratamientos, estudios o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.

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.

47. TRATAMIENTOS MAXILARES

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

48. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO

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

49. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

La enfermedad mental o trastorno mental, así como tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Se excluyen así mismo los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, trastornos alimenticios, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.

50. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES

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

51. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL

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

52. VACUNAS

Cualquier vacuna aplicada con la finalidad de generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad estimulando la producción de defensas.

VI. AVISO DE PRIVACIDAD

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

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Asegurados (UNE) de **Bupa** ubicada Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 52021701 ext. 5432, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Asegurados de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

c) La obligación principal.

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión

le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente. Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La

violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

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

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. Artículo

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

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro
prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los
seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará

con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.
V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.
Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.
En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;
La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.
Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.
VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.
Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.
En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.
En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento

arbitral conforme a esta Ley.

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

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

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

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

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

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

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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

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

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

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

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

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

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que

corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión

tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

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

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

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

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

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

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

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

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros.
En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.
Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.
La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.
Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.
Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.
Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico
mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.
Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.
Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.
Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.
Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.
La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal. **Artículo 199.-** El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.
En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.
Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.
Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:
I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.
Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de

aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

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

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

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

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

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

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

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

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

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles. Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

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

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

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

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

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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

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

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

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

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

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

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

operen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXIII. La dación en pago con inmuebles y automóviles.

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

Operaciones ni se reclaman las fianzas o los certificados de caución.

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

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

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

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

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

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

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

En el proceso de determinación de las Operaciones Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán apoyarse en su Manual de Cumplimiento, así como cualquier otro documento o manual elaborado por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas y, además de esto, considerar las guías elaboradas por la

Secretaría, así como por organismos internacionales y agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención y combate de operaciones con recursos de procedencia ilícita y de financiamiento al terrorismo, de los que México sea miembro, que dicha Secretaría proporcione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cada Institución y Sociedad Mutualista de Seguros deberá establecer en el Manual de Cumplimiento, o en algún

otro documento o manual que elaboren, los mecanismos, procesos, plazos y momentos, según sea el caso, que se deberán observar en el desempeño de las funciones indicadas en esta Disposición.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 27 de octubre del 2026 , con el número CNSF-H0719-0123-2026/CONDUSEF-007418-01.

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