



GUÍA PARA ASEGURADOS

BUPA MUNDIAL

CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	4
Bienvenido a Bupa.....	5
USA Medical Services	6
Administre su póliza en línea.....	7
Su cobertura	8
Opciones de deducible.....	8
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	9
Objeto del seguro.....	9
Definiciones.....	16
Contrato	24
Vigencia del seguro.....	32
Obligaciones del contratante y del asegurado titular.....	33
COBERTURA.....	36
Tabla de beneficios.....	36
Gastos cubiertos.....	38
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	47
AVISO DE PRIVACIDAD.....	53
SUPLEMENTO.....	55
El proceso de reclamación	55
La notificación antes del tratamiento	56
Cómo solicitar un reembolso.....	58

EXPERIENCIA EN SALUD, DURANTE TODA LA VIDA

Bupa es una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de millones de personas alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 70 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejorar los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. El compromiso con nuestros asegurados durante más de medio siglo es testimonio de nuestra capacidad para velar por su salud como su patrimonio más importante.

NUESTRO OBJETIVO

El objetivo de Bupa es ayudar a que las personas disfruten de vidas más duraderas, saludables y felices. Cumplimos esta promesa al proteger a nuestros asegurados, proporcionándoles una amplia variedad de servicios personalizados, así como cuidando de su salud durante toda su vida. Como su aliado en la salud, le ayudamos a tomar decisiones médicas informadas. Creemos que las medidas preventivas pueden tener un impacto positivo en su salud.

NUESTRO PERSONAL

La experiencia de nuestro personal es esencial para ofrecer atención de salud de la mejor calidad. Bupa emplea a más de 85,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Nos distinguimos como una de las mejores empresas para trabajar, ya que alentamos a nuestro personal a que exprese sus opiniones sobre su experiencia laboral.

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir Bupa Mundial, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para asegurados contiene las condiciones y beneficios de su póliza Bupa Mundial, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura.

Por favor revise su certificado de cobertura, el cual muestra el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de ayuda al cliente de Bupa. Puede encontrar nuestra información de contacto en la sección Para contactarnos de esta Guía para asegurados.

Queremos asegurarnos de que nuestros clientes con necesidades especiales no queden excluidos en ningún sentido. Ofrecemos la opción de obtener sus cartas y documentos en braille, letra grande, y audio. Por favor déjenos saber si necesita alguna de estas opciones.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible lunes a viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. para ayudarle con:

- Cualquier duda relacionada con su póliza
- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Tel: (55) 5202 1701

Correo electrónico:

serviciocliente@bupalatinamerica.com

Sitio web: www.bupa.com.mx

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services al:

Tel: 01 800 326 3339

Tel: +1 (305) 275 1500

Tel: 1 (800) 726 1203 (USA)

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Montes Urales No. 745 1er piso

Col. Lomas de Chapultepec

Ciudad de México, C.P. 11000

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarlo a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuente con USA Medical Services.

DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En los EE.UU.: +1 (305) 275-1500

Sin costo desde los EE.UU.: +1 (800) 726-1203

Correo electrónico: usamed@bupalatinamerica.com

Fuera de los EE.UU.: El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identidad o en www.bupa.com.mx

ADMINISTRE SU PÓLIZA EN LÍNEA

Como cliente de Bupa, usted tiene acceso a una variedad de servicios en línea. Visite www.bupa.com.mx, donde encontrará:

- Información sobre cómo presentar una reclamación
- Noticias sobre Bupa
- Información sobre nuestros productos
- Cotizador gratis de primas

SUSCRÍBASE A LOS SERVICIOS EN LÍNEA – ES GRATIS Y MUY FÁCIL

A través de nuestros Servicios en Línea, usted tiene acceso a:

- Un resumen completo de su póliza
- Una copia de su solicitud de seguro de salud
- El estatus de sus reclamaciones más recientes
- Información sobre los pagos online de su prima y copia de su recibo
- Suscribirse como Cliente Virtual

CLIENTE VIRTUAL

Nuestro servicio Cliente Virtual ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas y tener que archivar sus documentos de seguro. Una vez haya ingresado a los Servicios en Línea, elija Mis Preferencias bajo Mi Perfil, y seleccione la opción para recibir sus documentos por vía electrónica. A partir de ese momento, usted será responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia por este método.

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

En Bupa creemos que promover comunidades prósperas y un planeta saludable es esencial para el bienestar de todos. Velamos por la salud de quienes confían en nosotros teniendo en cuenta un impacto positivo en la sociedad y el medio ambiente.

Bupa participa en iniciativas de responsabilidad ambiental para asegurar que nuestros empleados, productos y servicios contribuyan a establecer una sociedad más saludable. Tomamos muy en serio nuestro impacto ambiental, estableciendo políticas ecológicas que benefician el planeta y a las personas en nuestros centros de trabajo. Estamos comprometidos en mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y personal así como la de las comunidades que se encuentran necesitadas.

Aunque nos encontramos en una etapa temprana de nuestra campaña ambiental, estamos comprometidos a contribuir positivamente a largo plazo, y estamos tomando las medidas necesarias para reducir nuestra huella ecológica.

SU COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o Solamente en Latinoamérica, la cual incluye cobertura en el Caribe, México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica. En cualquier caso, esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán o Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deducible Nacional/Extranjero	
Opción 1	Opción 2
10,000/ 10,000	20,000/ 20,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo equivalente a dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

Para más detalle, por favor referirse a la Tabla de beneficios y las Condiciones de la póliza.

El deducible aplicable será el contratado y que se refleja en la carátula de su póliza.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Número de RECAS: CONDUSEF-003249-01

OBJETO DEL SEGURO

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

I. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE UN EVENTO

1. AVISO REQUERIDO Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

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

En caso de accidente, es obligación del Asegurado o Contratante notificar a Bupa o USA Medical Services en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas contadas a partir de que el Asegurado o Contratante tengan conocimiento del accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse a Bupa o USA Medical Services tan pronto desaparezca el impedimento.

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

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

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

2. USA MEDICAL SERVICES

Usted puede comunicarse a USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:

Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes

En México:

5202-1701

Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En México, sin cobro:

01 800 3 263339

En los EE.UU.:

+1 (305) 275-1500

Sin cobro desde los EE.UU.:

+1 (800) 726-1203

Fax:

+1 (305) 275-8555

Correo electrónico:

usamed@usamedicalservices.com

Fuera de los EE.UU.:

El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identidad o en www.bupa.com.mx

NOTA: USA Medical Services es un proveedor contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros y cualquier servicio que preste a los asegurados de Bupa no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro; así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.

3. EXÁMENES MÉDICOS Y DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

4. COBERTURA GEOGRÁFICA

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

El Asegurado Titular y/o Contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia, tanto suyo como de cualquier dependiente incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana.

5. PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN (AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD)

Cuando se presente el momento de hacer uso de su seguro, es necesario que avise a Bupa del accidente y enfermedad que se presenta a través del Formulario de Reclamación disponible para usted en www.bupa.com.mx.

Cuando sea trate de la programación de un servicio médico de forma anticipada, haremos lo posible por otorgar los beneficios contratados a través de pago directo con el proveedor médico que usted haya indicado de conformidad con las presentes condiciones generales. En caso contrario y siempre que al cobertura sea procedente, usted podrá presentar su solicitud de reembolso de gastos médicos cubiertos.

Solicitud de Reembolso: Para agilizar el procesamiento de su reembolso, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el Formulario de Reclamación. Puede encontrar una copia del Formulario de Reclamación en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico y que permitan a Bupa conocer las circunstancias en las que se presentó el siniestro, por ejemplo:
 - o Reporte del médico, resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - o Recetas médicas
 - o Solicitud de equipo médico

3. Adjunte todos los recibos originales comprobantes del pago realizado, como son de manera enunciativa mas no limitativa: facturas y/o recibo de honorarios médicos, los cuales deberán estar emitidos a nombre del Contratante o del Asegurado (en caso de ser menor de edad, podrán estar a nombre del tutor o quien ejerza la patria potestad), o a nombre de BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., RFC: BMS030731PC4, Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000.

Favor de remitir los documentos originales, formatos y comprobantes de pago a: BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000.

6. PAGO DE RECLAMACIONES

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

- (a) El costo de los servicios cobrados por el proveedor, o
 - (b) El costo de los servicios convenidos entre Bupa y el proveedor para el procedimiento correspondiente, o
 - (c) Los gastos usuales, acostumbrados y razonables para esa área en particular.
- Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades, deberá ser cubierto por el Asegurado Titular.

En caso de muerte del Asegurado Titular, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago a su sucesión legal.

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

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

7. MONEDA

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

8. INTERÉS MORATORIO

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

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

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

inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

II. DEFINICIONES

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

- 1. ACCIDENTE AMPARADO:** Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, imprevista, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados a Bupa o USA Medical Services por el Asegurado o Contratante durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. Además, para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica debe recibirse dentro de los primeros treinta (30) 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, además de las condiciones antes descritas, exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.
- 2. ACCIDENTE GRAVE:** Se entenderá por accidente grave aquel evento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, y que por su gravedad se haga necesario la hospitalización inmediata del Asegurado.
- 3. ACTIVIDADES PELIGROSAS:** Cualquier actividad que expone al Asegurado a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, más no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado cinco (5), pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
- 4. AERONAVE PRIVADA:** Cualquier aeronave que no pertenezca a una línea aérea comercial, operada por pilotos comerciales profesionales con licencia, con horarios de vuelos regulares preestablecidos entre aeropuertos establecidos.
- 5. AMBULANCIA AÉREA:** Aeronave provista por una compañía autorizada, que cuenta con personal con entrenamiento médico, equipada para tratar emergencias médicas.
- 6. AMBULANCIA TERRESTRE:** Vehículo terrestre equipado para emergencias médicas, provisto por una compañía autorizada y que cuenta con personal con entrenamiento médico.
- 7. AÑO CALENDARIO:** Es el período que comprende del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
- 8. AÑO PÓLIZA:** Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la póliza y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

9. **ASEGURADO:** Es la persona que se encuentra cubierta por Bupa por los riesgos que ampara esta póliza y quien ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos impuestos por ésta. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Titular y a los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
10. **ASEGURADO TITULAR:** El solicitante nombrado en la solicitud de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
11. **BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA:** Es la cantidad máxima acumulada que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.
12. **BUPA:** Se refiere a Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
13. **CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** Documento que integra y forma parte de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.
14. **CAUSA:** Una enfermedad, lesión o diagnóstico médico que da origen al reclamo de atención médica amparada en la póliza.
15. **COASEGURO:** Cantidad a cargo del Asegurado Titular establecida como un porcentaje de los gastos cubiertos, después de aplicar el deducible, con un límite máximo por persona y por año póliza. Dicho porcentaje se señala en las presentes condiciones según aplique. En caso de accidentes amparados con lesiones corporales que hagan necesaria una hospitalización inmediata, no se aplicará coaseguro para el período de la primera hospitalización.
16. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Desórdenes no causados por factores genéticos, manifestados durante los primeros treinta y un (31) días de vida del recién nacido, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, prematuridad, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.
17. **DESÓRDENES HEREDITARIOS Y/O CONGÉNITOS:** Cualquier enfermedad o padecimiento existente antes del nacimiento, independientemente de la causa y de si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
18. **CONTRATANTE:** Persona física o moral que ha solicitado a Bupa la celebración del contrato de seguro y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en el mismo.
19. **CONTRATO:** Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a Bupa en la solicitud de seguro. Las condiciones generales, la carátula de la póliza y los endosos y/o cláusulas adicionales en su caso, constituyen testimonio y forman parte del contrato de seguro.
20. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

- 21. CUIDADOS MÉDICOS EN EL HOGAR:** Atenciones o tratamientos médicos que el Asegurado recibe en su hogar, siempre que hayan sido ordenados y certificados por escrito por el Médico Tratante del Asegurado como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Estos cuidados o tratamientos deben ser aprobados previamente por Bupa a través de USA Medical Services, e incluyen los servicios de personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión tales como, pero no limitadas a enfermeros, terapeutas, etc. fuera del hospital, y no incluyen los cuidados personales.
- 22. CUIDADOS PERSONALES:** Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionados por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).
- 23. DEDUCIBLE:** La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos.
- 24. DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO TITULAR:** Los dependientes elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Asegurado Titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros; también son elegibles los menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, siempre que reúnan las siguientes características:
- (a) Residan en territorio de la República Mexicana,
 - (b) Hayan sido identificados en la solicitud respectiva, y
 - (c) Sean aceptados expresamente por Bupa.
- Para efectos de esta póliza, a los dependientes económicos del Asegurado Titular se les denominará “dependientes” y al Asegurado Titular y sus dependientes, se les llamará en forma conjunta “Asegurados”.
- 25. EMERGENCIA:** Evento o incidente que se manifiesta por signos y/o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
- 26. ENDOSO:** Documento agregado a la póliza por Bupa y que forma parte de la misma, que aclara, explica o modifica sus Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
- 27. ENFERMEDAD AMPARADA:** Condición anormal o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, siempre que dicha enfermedad no se encuentre excluida expresamente en las condiciones generales de la póliza.

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

29. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Son aquellas enfermedades o padecimientos existentes previamente a la celebración del contrato o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un médico legalmente autorizado, o bien que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el Asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellos padecimientos por los 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.

Bupa podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los Asegurados que se someta a un examen médico. Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere este párrafo, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto a 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.

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

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

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

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

- 34. FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.
- 35. FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la carátula de la póliza.
- 36. FECHA DE RENOVACIÓN:** La fecha en la que la cobertura de la póliza renueva automáticamente.
- 37. GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tal como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica y de acuerdo con los tabuladores que Bupa tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores en convenio.
- 38. HONORARIOS DE ANESTESISTAS:** Cargos de un anestesista por su participación en la realización de un procedimiento quirúrgico o que sean médicamente necesarios para controlar el dolor.
- 39. HONORARIOS DEL ASISTENTE DEL CIRUJANO:** Cargos del médico que asiste al cirujano en la realización de una operación quirúrgica.
- 40. HOSPITAL, SANATORIO O CLÍNICA CERTIFICADO:** Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
- 41. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO:** Grupo de hospitales y proveedores con los cuales Bupa tiene celebrados convenios para atender Asegurados. La lista de hospitales y proveedores en convenio está disponible en USA Medical Services y en la página web www.bupa.com.mx, y está sujeta a cambios sin previo aviso.
- 42. LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
- 43. MATERNIDADES CUBIERTAS:** Son aquellas que ocurren después de diez (10) meses de cobertura continua en la presente póliza. En caso de rehabilitación de la póliza, dicho período de diez (10) meses correrá desde el día en que la póliza quede rehabilitada.
- 44. MÉDICAMENTE NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o

- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

45. MÉDICO TRATANTE: Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión, siendo el responsable médico del paciente asegurado.

46. PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

- (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o
- (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

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

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

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

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

49. PERÍODO DE SEGURO: Es el lapso para el cual resulta calculada la unidad de la prima.

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

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

52. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto al que está atendiendo actualmente al Asegurado, aprobada y requerida por Bupa a través de USA Medical Services.

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

- 54. SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:** Estos servicios están cubiertos si son médicamente necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad cubierta por la póliza.
- 55. SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Todos los servicios prestados por personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, el uso de habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.
- 56. SIGNOS:** Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por un médico tratante.
- 57. SÍNTOMA:** Referencia que da un Asegurado o médico tratante por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
- 58. SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por Bupa para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por Bupa, historial médico, cuestionarios y otros documentos proporcionados a, o solicitados por Bupa antes de la emisión de la póliza.
- 59. SUMA ASEGURADA DE POR VIDA:** Monto en millones de dólares americanos por Asegurado, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

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

- 60. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedentes de un donante de la misma especie.
- 61. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.
- 62. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.
- 63. USA MEDICAL SERVICES:** Proveedor contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros y para proporcionar, entre otros, los siguientes servicios a los Asegurados:

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

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

III. CONTRATO

1. INTEGRACIÓN DEL CONTRATO

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

2. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

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

3. TÉRMINO DE TREINTA DÍAS PARA RECTIFICAR EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA (RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA)

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

4. CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

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

La cancelación o no renovación de la póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado Titular le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación. En caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante deseen cancelar esta póliza dentro de los treinta (30) días indicados en la cláusula anterior y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo de expedición de la póliza que es de setenta y cinco dólares (US\$75) o su equivalente en moneda nacional y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de su vigencia.

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

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Asegurado Titular y/o el Contratante a Bupa o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

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

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

Será causa de terminación anticipada del presente Contrato, sin responsabilidad para Bupa, si el Asegurado Titular, Contratante y/o beneficiario, fueren condenados por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien si son mencionados en las listas como las que emite la OFAC (Office Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrado en la comisión de los delitos señalados.

En caso que el Asegurado Titular, Contratante y/o beneficiario obtengan sentencia absolutoria o dejen de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del período de vigencia, Bupa la rehabilitará, por el período de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

5. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Después de emitida la póliza, cualquier cambio o modificación al contrato o a las coberturas opcionales será válido siempre y cuando haya sido acordado

por el Contratante y Bupa y se haga constar mediante endoso o cláusula adicional previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Bupa carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Los funcionarios autorizados de Bupa son los únicos que pueden modificar el contrato.

6. QUEJAS O INCONFORMIDADES

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE): Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11800, Ciudad de México, Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339, Correo electrónico: UEAP@bupalatinamerica.com.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS: Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55) 5340 0999 / (01 800) 999 80 80, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.

7. REPORTE DE MOVIMIENTOS

Altas: Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y de conformidad con lo siguiente:

Para el caso de un matrimonio, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio civil y el cónyuge quedará asegurado a partir de esa fecha siempre y cuando Bupa reciba aviso por escrito del Contratante, dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de dicho matrimonio. Dicha solicitud está sujeta a evaluación de riesgo.

Para que los hijos del Asegurado Titular puedan ser dados de alta, se requiere lo siguiente:

- (a) Si un hijo es nacido de una maternidad cubierta, se requerirá dar notificación del nacimiento para el recién nacido. Si la notificación es recibida dentro de los noventa (90) días siguientes al nacimiento y la Asegurada tiene diez (10) meses de vigencia ininterrumpida en la póliza previos a la fecha de nacimiento, el alta será automática con la cobertura, sujeta a los términos y condiciones de la póliza.
- (b) Si la notificación correspondiente es entregada después de los noventa (90) días, entonces será requerida una solicitud de seguro y la misma estará supeditada a la aceptación por parte de Bupa, después de valorado el riesgo.

(c) Si es un hijo nacido de una maternidad no cubierta, será requerida una solicitud de seguro y la misma estará supeditada a la aceptación por parte de Bupa, después de valorado el riesgo.

Bajas: Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la familia asegurada.

Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del periodo de beneficio.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir de la fecha de aniversario, los hijos del Asegurado Titular que:

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

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

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

8. NOTIFICACIONES

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

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

9. EDAD DE ADMISIÓN

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

10. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado Titular debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio de su país de residencia tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados facultará a Bupa a considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

Si un Asegurado permanece en EE.UU. o en cualquier país del extranjero en forma continua por más de ciento ochenta (180) días durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco días (365), sin importar el tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier enfermedad o padecimiento será proporcionada a través de los hospitales y/o proveedores en convenio hasta la fecha de la próxima renovación de la póliza, fecha en la cual la cobertura bajo dicha póliza terminará automáticamente.

11. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

12. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

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

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

13. SUBROGACIÓN

Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa de un daño sufrido, correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño; el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

14. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo cuatrocientos noventa y dos (492) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos ciento treinta y nueve (139) a ciento treinta y nueve (139) Quinquies, ciento noventa y tres (193) a ciento noventa y nueve (199), cuatrocientos (400) y cuatrocientos (400) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades,

bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo ciento cuarenta (140) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

15. FORMA DE PAGO

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

16. INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

17. ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

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

Los datos antes señalados se encuentran en la carátula de póliza, condiciones generales y recibo de pago, documentos, 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

o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB, siempre y cuando el Asegurado Titular y/o Contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

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

IV. VIGENCIA DEL SEGURO

1. COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

2. RENOVACIÓN GARANTIZADA

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

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

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

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

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

V. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO TITULAR

1. PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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

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

2. VENCIMIENTO

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

3. LUGAR DE PAGO

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

4. PERÍODO DE GRACIA

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

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

5. COMPROBANTE DE PAGO

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

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

6. EXPERIENCIA DE RECLAMACIONES

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

7. ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE DEPENDIENTES

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

Los dependientes elegibles del Asegurado Titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Asegurado Titular, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros; también son elegibles los menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

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

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

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

8. INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

El Contratante podrá solicitar la inclusión en la póliza de cualquier dependiente que cumpla con los requisitos establecidos en la misma. La solicitud deberá hacerse en los formularios proporcionados por Bupa y quedará sujeta a pruebas de asegurabilidad.

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la póliza podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en el numeral 14. COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO del Capítulo VII. GASTOS CUBIERTOS.

9. AJUSTES DE PRIMA

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

10. PERÍODO DE BENEFICIO

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

11. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO

Esta póliza proporciona cobertura únicamente dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio. Ningún beneficio está cubierto por servicios prestados fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio. En caso de un tratamiento médico de emergencia, éste se cubrirá de acuerdo a lo siguiente: 19. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA del capítulo VII GASTOS CUBIERTOS.

VI. COBERTURA

1. TABLA DE BENEFICIOS

El plan Gastos Médicos Mundial proporciona cobertura solamente dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio. Ningún beneficio es pagable por servicios prestados fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

El beneficio máximo es de dos millones de dólares americanos (US\$2,000,000) por Asegurado, de por vida por todas las enfermedades y lesiones cubiertas durante la vigencia de la póliza, sujeto a los límites que se indican:

Cobertura	Beneficio Máximo
Deducible nacional y extranjero	US\$1,000
Deducible máximo por póliza, por año póliza	US\$2,000
Habitación estándar del hospital y alimentación	Sin límite
Habitación de cuidados intensivos y alimentación	Sin límite
Estadía máxima en el hospital por causa	180 días en un período de 365 días
Beneficios por maternidad	US\$1,000
Cobertura del recién nacido	US\$10,000 de por vida
Desórdenes hereditarios y/o congénitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manifestados antes de los dieciocho (18) años ○ Manifestados a partir de los dieciocho (18) años 	US\$100,000 de por vida US\$2,000,000 de por vida
Servicio de ambulancia aérea	US\$50,000 de por vida
Ambulancia terrestre	US\$1,000 por incidente
Repatriación de restos mortales	US\$5,000
Tratamiento de emergencia fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio	US\$25,000

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

Todos los beneficios cubiertos serán pagados por Bupa considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

2. DEDUCIBLE

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

- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, que aplica tanto en territorio nacional como en el extranjero. El deducible pagado por el Asegurado se irá acumulando hasta cubrir el deducible anual establecido en este inciso.
- (b) Máximo dos (2) deducibles por póliza por año póliza, en el caso de cualquier enfermedad amparada por la póliza.
- (c) Cualquier gasto que sea procedente en que incurra el Asegurado durante los tres (3) últimos meses del año póliza y ese gasto cubra parte o la totalidad del deducible correspondiente a ese año póliza, será considerado para disminuir o eliminar el deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- (d) En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los tres (3) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Es obligación del Asegurado notificar el accidente a Bupa en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el Asegurado no notifica como se establece previamente.

3. COASEGURO

- (a) El Asegurado está obligado a pagar el veinte por ciento (20%) del equivalente en moneda nacional de los primeros cinco mil dólares americanos (US\$5,000) de gastos aprobados, después de satisfacer el deducible establecido.
- (b) Un (1) coaseguro por Asegurado, por año póliza.
- (c) En caso de un accidente grave amparado no se aplicará coaseguro.

VII. GASTOS CUBIERTOS

El plan Gastos Médicos Mundial únicamente cuenta con una opción de cobertura y es la siguiente:

Suma Asegurada	Hasta US\$2,000,000 por Asegurado, de por vida
Deducible nacional y extranjero	US\$1,000
Deducible máximo por póliza, por año póliza	US\$2,000
Coaseguro nacional y extranjero	El 20% de los primeros US\$5,000 de los gastos procedentes cubiertos. Para los gastos procedentes excedentes a esta cantidad hasta un máximo de US\$2,000,000, no aplicará coaseguro.

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

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

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

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

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Las coberturas contratadas bajo esta póliza operan a través de reembolso con cualquier hospital y/o proveedor facultado con el que el Asegurado se atienda, en las condiciones y términos establecidos en este documento y mediante pago directo con los hospitales y/o proveedores con los cuales Bupa tenga convenio.

Para la atención médica mencionada en el párrafo anterior, se deberá seguir el procedimiento establecido en las presentes condiciones generales.

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

1. SERVICIOS DE HOSPITAL

- (a) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivados de un accidente o enfermedad cubiertos que por indicación del médico sean necesarios para atender un evento, incluyendo medicamentos y materiales de curación para la atención del Asegurado.
- (b) Habitación de hospital: habitación estándar de acuerdo a los límites especificados en la carátula de la póliza.
- (c) Cuidado intensivo en el hospital, de acuerdo a lo especificado en la carátula de la póliza.

2. HONORARIOS DEL ANESTESISTA

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

- (a) Cien por ciento (100%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables por los honorarios del anestesista en el país de residencia del Asegurado, o
- (b) Treinta por ciento (30%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento quirúrgico, o
- (c) Treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
- (d) Tarifas especiales establecidas para un área geográfica o país determinado por Bupa.

3. HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

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

- (a) Veinte por ciento (20%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento quirúrgico de que se trate, o
- (b) Veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para este procedimiento, o
- (c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la factura de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excede el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico, o
- (d) Tarifas especiales establecidas para una área geográfica o país determinados por Bupa.

4. TRATAMIENTOS ESPECIALES

Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia y los medicamentos altamente especializados

están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados previamente por USA Medical Services. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.

5. HONORARIOS DE ENFERMEROS PRIVADOS PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL

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

6. SERVICIOS MÉDICOS A PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

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

7. SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

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

8. MEDICAMENTOS

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

9. TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA

Un período inicial de hasta treinta (30) días será cubierto si es aprobado previamente por Bupa a través de USA Medical Services. Cualquier extensión de hasta treinta (30) días también debe ser aprobada por adelantado o la reclamación será negada. Para obtener cada aprobación se requiere presentar una evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

10. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

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

11. TRANSPORTE DE EMERGENCIA

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

- (a) Transporte de ambulancia terrestre: En este caso el Asegurado podrá solicitar el servicio a Bupa a través de USA Medical Services. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional de mil dólares americanos (US\$1,000) por incidente.
- (b) Ambulancia aérea:
 - i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser previamente aprobado y coordinado por Bupa a través de USA Medical Services.
 - ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es el equivalente en moneda nacional a cincuenta mil dólares americanos (US\$50,000) por Asegurado, durante el tiempo en que esté vigente la póliza en Bupa.

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

12. CUIDADOS DE MATERNIDAD

- (a) No hay deducible ni coaseguro para maternidad.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natales, el parto, las complicaciones del embarazo o del parto y el cuidado del recién nacido saludable están limitados a los beneficios máximos de maternidad establecidos en esta póliza.
- (c) Este beneficio aplicará solamente para maternidades cubiertas.
- (d) **No hay cobertura de maternidad para las hijas dependientes.**
- (e) **Aquellas Aseguradas que eran hijas dependientes bajo otra póliza con Bupa, deben mantener cobertura bajo una póliza individual en calidad de Asegurada Titular o cónyuge por un mínimo de diez (10) meses para ser elegibles para este beneficio de cuidados de maternidad.**
- (f) **Esta cobertura tiene un período de espera de diez (10) meses.**
- (g) La cantidad máxima que se pagará por este beneficio es el equivalente en moneda nacional a mil dólares americanos (US\$1,000) por embarazo.

13. ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL

La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o lesión específica o por cualquier tratamiento relacionado con las mismas es de ciento ochenta (180) días durante los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la primera admisión.

Una vez transcurrido este plazo, los gastos que se originen serán cubiertos por el Asegurado, deslindando a Bupa de cualquier responsabilidad u obligación derivada de éstos.

14. COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO

- (a) Cobertura provisional: Si nace de una maternidad cubierta, el recién nacido estará cubierto por cualquier complicación del parto, lesión o enfermedad adquirida por los primeros noventa (90) días después del nacimiento hasta un máximo equivalente en moneda nacional a diez mil dólares americanos (US\$10,000), sin deducible ni coaseguro.
- (b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de una maternidad cubierta pase de una cobertura provisional a una permanente, se le debe dar de alta en la póliza dentro de los primeros noventa (90) días de nacido, presentando una notificación de nacimiento consistente del nombre completo del recién nacido, el sexo y la fecha de nacimiento. Entonces la cobertura será hasta el límite de la póliza desde la fecha de nacimiento, con el deducible y coaseguro aplicables, excepto para desórdenes hereditarios y/o congénitos como se describe en la sección 15(a).

Si la notificación de alta es recibida por Bupa después de los noventa (90) días después del nacimiento, se tendrá que llenar una solicitud de seguro para el recién nacido y la misma estará sujeta a evaluación para aceptación de Bupa.

La cobertura permanente entrará en vigor inmediatamente después de que se agoten los noventa (90) días establecidos para la cobertura provisional.

Los límites de la póliza para complicaciones del nacimiento relacionados a un recién nacido están limitados a los beneficios máximos descritos en la Cobertura Provisional, 14(a) de este beneficio.

- (c) **Si NO nace de una maternidad cubierta, no hay cobertura provisional para el recién nacido.** En este caso, para agregar al recién nacido a la póliza se requiere el envío de una solicitud de seguro, cuya aceptación estará sujeta a evaluación de riesgos por Bupa.
- (d) Cuidados del recién nacido saludable: El cuidado de rutina del recién nacido saludable está cubierto como parte del beneficio de “Cuidados de Maternidad” de esta póliza.

15. DESÓRDENES HEREDITARIOS Y/O CONGÉNITOS

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

- (a) Cuando los desórdenes hereditarios y/o congénitos sean manifestados por primera vez antes de los dieciocho (18) años de edad:
 - i. Los desórdenes hereditarios y/o congénitos que se manifiesten por primera vez después de doce (12) meses a partir de la fecha efectiva de la póliza y antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, están cubiertos bajo esta póliza. El beneficio máximo que se paga para esta cobertura está limitado al equivalente en moneda nacional a cien mil dólares americanos (US\$100,000) por Asegurado. Los padecimientos congénitos serán cubiertos como cualquier otra enfermedad y están sujetos a todas las condiciones y exclusiones de la póliza, incluyendo deducible y coaseguro, siempre y cuando cubran el período de espera de doce (12) meses.
 - ii. Los padecimientos congénitos y hereditarios que se manifiesten por primera vez antes de la fecha efectiva de la póliza o durante los primeros doce (12) meses a partir de la fecha efectiva de la póliza y antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, están cubiertos bajo esta póliza. El beneficio máximo que se paga bajo esta cobertura está limitado al equivalente en moneda nacional a diez mil dólares americanos (US\$10,000) por persona. Los desórdenes hereditarios y/o congénitos serán cubiertos como cualquier otra enfermedad y están sujetos a todas las condiciones y exclusiones de la póliza, incluyendo deducible y coaseguro, siempre y cuando se presenten sean dentro de los primeros doce (12) meses.
- (b) El beneficio máximo por Asegurado para cualquier desorden hereditario y/o congénito que se manifieste después de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado y después de emitida la póliza es igual al límite máximo de esta póliza, después del deducible y el coaseguro (si aplica).

16. NARIZ Y SENOS PARANASALES

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

17. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS

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

18. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO

El plan Gastos Médicos Mundial provee cobertura únicamente en los hospitales y/o proveedores en convenio.

- (a) Para asegurarse de que sea un hospital y/o proveedor en convenio, todo tratamiento excepto emergencias, deberá ser coordinado por Bupa a través de USA Medical Services.
- (b) En los casos donde no exista un hospital y/o proveedor en convenio en la República Mexicana, no habrá restricción en los hospitales que usted pueda utilizar en la República Mexicana.
- (c) Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos fuera de la República Mexicana sólo estarán cubiertos dentro los hospitales y/o proveedores en convenio.

Los gastos que se efectúen fuera de los hospitales y/o proveedores en convenio no estarán cubiertos, excepto emergencias.

- (d) En caso de que una enfermedad o accidente que requiera tratamiento médico quirúrgico de inmediato por encontrarse en peligro la vida o la función de un órgano, el Asegurado podrá acudir al hospital más cercano sin importar si está o no dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio. En este caso, el Asegurado deberá comprobar que se trató de una urgencia real.

19. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El plan Gastos Médicos Mundial ofrece tratamiento de emergencia fuera de los hospitales y proveedores en convenio en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física del Asegurado. Para estar cubierto por esta estipulación, el inicio de la condición e índole de la emergencia deberá ser tal que imposibilite al Asegurado o al proveedor médico contactar a Bupa a través de USA Medical Services antes del tratamiento. Esta cobertura se limita a un máximo al equivalente en moneda nacional de veinticinco mil dólares americanos (US\$25,000) con el deducible y coaseguro normal (si es aplicable). El Asegurado será responsable del treinta por ciento (30%) de los cargos médicos y de hospitalización que excedan de veinticinco mil dólares (US\$ 25,000) en servicios prestados fuera de los hospitales y proveedores en convenio, a menos que Bupa por escrito tome la decisión de cubrirlos en su totalidad.

20. PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES

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

(b) Los padecimientos pre-existentes no declarados en la solicitud: Los padecimientos preexistentes no declarados quedan excluidos de esta cobertura, independientemente del derecho de Bupa de rescindir el contrato por omisión o inexactas declaraciones.

Si al Asegurado al momento de llenar la solicitud respectiva, se le practicara un examen por parte de Bupa, esta última no podrá aplicar la presente cláusula respecto de la enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se le haya aplicado y que no haya sido diagnosticado en el mismo.

21. AERONAVE PRIVADA

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

22. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En el caso de que un Asegurado fallezca fuera del país de residencia, Bupa pagará hasta el equivalente en moneda nacional a cinco mil dólares americanos (US\$5,000) por la repatriación de los restos mortales del fallecido al país de residencia si la muerte resultó por una enfermedad o accidente que hubiese estado cubierto bajo los términos de la póliza si el Asegurado hubiese sobrevivido.

La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo al país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados conjuntamente con Bupa a través de USA Medical Services.

23. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

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

24. PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS

- (a) El derecho de indemnización entrará en vigor noventa (90) días después de la fecha efectiva de la póliza. Sin embargo, este período de carencia no aplica tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y enfermedades de origen infeccioso, así como de infartos y enfermedades cerebro vasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, que después de una evaluación médica se compruebe que la vida del Asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.
- (b) Los gastos relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus y cualquier complicación, no serán cubiertos durante los primeros cuatro (4) años de cobertura posteriores a la fecha efectiva de la póliza.
- (c) El período de carencia de beneficios tampoco operará tratándose de emergencias.

25. ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS

Tratándose del inciso (a) del punto 24. PERÍODO DE CARENIA DE BENEFICIOS, Bupa podrá eliminar este período si los Asegurados se encontraban cubiertos bajo una póliza de gastos médicos vigente con otra institución de seguros por lo menos durante un (1) año continuo y que la fecha efectiva de esta póliza comience dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de expiración de la cobertura previa. La cobertura anterior debe ser declarada en la solicitud de seguro. Este beneficio está sujeto a la presentación de la póliza y del recibo del pago de la prima del año anterior. Si el período de carencia de beneficios es eliminado, los beneficios pagaderos por cualquier condición incurrida durante los primeros noventa (90) días están limitados mientras la póliza esté en vigor, al menor de los beneficios provistos por esta póliza o la póliza anterior.

VIII. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre los gastos que se deriven de los conceptos que se enumeran a continuación, incluyendo el diagnóstico, tratamiento o complicaciones de los mismos:

1. **Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos pre-existentes que no cumplan con los requisitos que se establecen en la póliza en el numeral 20. Padecimientos Preexistentes, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad que surja como una complicación de un padecimiento excluido o no cubierto por ésta póliza.**
2. **Legrados uterinos o aborto, así como sus consecuencias, cualquiera que sean sus causas.**
3. **Cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de la fecha efectiva de la póliza, salvo lo señalado en el numeral 24 Período de Carencia de Beneficios del Capítulo VII. Beneficios Cubiertos.**
4. **Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.**
5. **Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, refracción visual, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir la visión.**
6. **Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.**
7. **Prótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que sean necesarios a causa de un accidente, deformidad o enfermedad cubierta por esta póliza.**

- 8. Procedimientos de diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes del desarrollo o de la conducta, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica y cualquier desorden del sueño.**
- 9. Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.). También está excluido cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido causado por trauma.**
- 10. Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o padecimientos, auto infligidos por el propio Asegurado o un tercero a solicitud el Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes vehiculares en los que el Asegurado esté implicado como conductor, se deberá presentar a Bupa una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica a consecuencia del accidente como condición indispensable para la determinación de la procedencia o no del siniestro. En México se excluye el tratamiento cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor a 0.4 g/L, 0.40 mg/l, o 400 mg/dl. En el extranjero será aplicable la medida menor entre la establecida para México o la correspondiente en el país donde ocurrió el accidente.**
- 11. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH.**

- 12. Tratamientos, servicios o medicamentos que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento indicado o que sean considerados experimentales de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SSA) y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).**
- 13. Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar, así como en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado.**
- 14. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que ha sido puesto bajo la dirección de una autoridad gubernamental.**
- 15. Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**
- 16. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o enfermedades transmisibles sexualmente.**
- 17. Tratamientos para o como resultado de sobre peso, obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.**
- 18. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.**
- 19. Cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**

20. **Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.**
21. **Tratamiento de lesiones resultantes de participación directa del Asegurado en cualquier actividad peligrosa.**
22. **La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.**
23. **Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.**
24. **Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.**
25. **Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital, y medicamentos que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.**
26. **Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.**
27. **Tratamiento por lesiones sufridas mientras el Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada.**
28. **Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, aparato mono- o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.**

- 29. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, contaminación, por radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.**
- 30. Cualquier tratamiento relacionado con el trasplante de órganos, incluyendo pero no limitado a la transportación de órganos humanos, artificiales o de animales.**
- 31. Los equipos médicos durables y ortóticos, implantes quirúrgicos y medicinas altamente especializadas (por ejemplo, Interferón, Procrit, Avonex) no serán cubiertos, a menos que sean aprobados previamente y por escrito y coordinados por Bupa a través de USA Medical Services. Si se aprueban, serán reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido Bupa.**
- 32. Cualquier desorden hereditario y/o congénito como se define en esta póliza, para cualquier niño no nacido de una maternidad cubierta por esta póliza, excepto como se determina en la provisión 15(a) y 15(b).**
- 33. Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta.**
- 34. Medicina preventiva.**
- 35. El cuidado de rutina del recién nacido, salvo lo establecido como parte de la cobertura de cuidados de maternidad de esta póliza.**
- 36. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**
 - (a) Que no sea médicamente necesario, o**
 - (b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional de la medicina no calificado y que no se encuentre dentro de los hospitales y/o proveedores en convenio, o**
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico, doctor o profesional de la medicina, o**
 - (d) Que está relacionado con el cuidado personal, o**
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**

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

- 37. El tratamiento o servicio médico, mental o dental por cualquier padecimiento, enfermedad o accidente relacionado con, o que resulte como complicación de servicios médicos, mentales o dentales u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso o no cubiertas bajo esta póliza.**
- 38. El tratamiento de, o que surja como resultado de cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos.**
- 39. 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.**

AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. (“Bupa”), con domicilio en Montes Urales No. 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, hace de su conocimiento el tratamiento que dará a los datos personales que usted proporcione de acuerdo con el presente Aviso de Privacidad Simplificado:

¿QUÉ INFORMACIÓN RECABAMOS?

Datos personales, datos de identificación, datos de contacto, datos laborales, ocupación y aficiones, datos académicos, datos de tránsito y/o migratorios, datos patrimoniales y financieros, datos sobre procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, antecedentes penales, datos de salud, características físicas, información de su vida sexual, ideología. También recabaremos la información referida respecto de terceros, por lo que usted debe asegurarse de que usted tiene su consentimiento para hacerlo.

Los datos antes mencionados pueden ser recabados por cualquier vía, incluso la vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas o a través de cualquier otro medio, directamente o a través de un tercero.

¿QUÉ HACEMOS CON LA INFORMACIÓN QUE RECABAMOS?

Uso Primario: Identificación del titular de los datos, asesoría, comercialización, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros y el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial con Bupa, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

Usos Secundarios: (a) La promoción y el desarrollo de nuevos productos y servicios, y ofrecerle beneficios, descuentos, promociones, notificaciones de premios o sorteos; (b) generación de información estadística, evaluación de la calidad en el servicio, análisis de nuestros productos y servicios; (c) comunicarle la existencia de nuevos productos y servicios.

Transferencia de Datos personales:

La información del titular que Bupa recabe será tratada con la confidencialidad debida y no será objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, el titular autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:

- Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato con el titular.
- En los casos que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia.

Bupa realizará transferencias de sus datos con las empresas afiliadas y subsidiarias y sus socios comerciales, a nivel internacional, así como con terceros proveedores de servicios, todos los cuales garantizan el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por Bupa.

La información personal será resguardada por el departamento y/o responsable de datos personales de Bupa, ante quien el titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante solicitud por escrito

enviada a la dirección de contacto señalada al inicio del presente Aviso de Privacidad o vía correo electrónico a privacidad@bupalatinamerica.com.

Se entenderá que el titular consiente el tratamiento y transferencia de su información personal en los términos indicados en el Aviso de Privacidad de Bupa si no manifiesta su oposición al mismo.

Para conocer nuestro Aviso de Privacidad completo, por favor visite www.bupa.com.mx.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa ubicada en Montes Urales 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 52021701 ext. 4417, correo electrónico UEAP@bupalatinamerica.com en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 5340 0999 desde la Ciudad de México o (01800) 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0065-0279-2018.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL 01 800 326 3339 O AL +1 (305) 275 1500

1. **Ayuda** para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. **Apoyo** de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. **Acceso** a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. Al notificarnos con anticipación, podemos proporcionarle la **mejor** atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

ANTES

Al notificar a USA Medical Services que un Asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestro personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional en USA Medical Services coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales médicos en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento.

Por favor asegúrese de notificar a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275 1500, 01 800 326 3339 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@usamedicalservices.com por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico, o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE DEBE CONSULTAR A UN ESPECIALISTA O HACERSE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico. El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

SI SU MÉDICO LE INDICA QUE NECESITA CIRUGÍA, TRATAMIENTO AMBULATORIO O SER HOSPITALIZADO

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefiere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:

1. Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
2. Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
3. Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
4. Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

AL SALIR DEL HOSPITAL: Para procesar su reclamación, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de una red de hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

SI SU MÉDICO RECOMIENDA TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reclamación, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo, facturas, recibos de honorarios médicos y comprobantes de pago a nombre de:
 - Asegurado, o
 - Asegurado Titular (en caso de que el paciente sea menor de edad), o
 - Contratante, o
 - **BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.**
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
Ciudad de México, C.P. 11000
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec Ciudad de México, C.P. 11000

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Montes Urales No. 745, 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701
serviciocliente@bupalatinamerica.com
www.bupa.com.mx