



GUÍA PARA ASEGURADOS

IHI PREMIER GOLD

CONTENIDO

1 DEFINICIONES	4
2 LISTADO DE COBERTURAS.....	9
3 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	14
4 CLÁUSULAS GENERALES.....	17
5 ¿CÓMO UTILIZAR LA PÓLIZA?.....	25
6 AVISO DE PRIVACIDAD.....	30

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, involuntaria, imprevista, fortuita, súbita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado. Para ser considerado accidente bajo los términos de esta póliza, la primera atención médica, debe recibirse dentro de los primeros ocho (8) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

ACCIDENTE GRAVE

Una lesión grave fortuita que ocurre sin la intención del Asegurado y con un impacto externo súbito sobre el cuerpo, causando una lesión demostrable que a su vez haga necesaria una hospitalización inmediata.

AMPLIACIÓN DE COBERTURA

Reducción del deducible y/o cambio de plan a uno superior.

ASEGURADO

El Titular del Seguro y/o todas las demás personas aseguradas tal como aparecen indicadas en la carátula de la póliza.

ASEGURADO TITULAR

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

BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA

Se establecen cien (100) millones de pesos como la cantidad máxima acumulada que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Detalle de la póliza donde se especifican el tipo de seguro adquirido, la prima anual, el deducible y las condiciones especiales.

CIRUGÍA

Tratamiento o intervención quirúrgica. No incluye exámenes endoscópicos o escáneres, aún cuando los mismos puedan requerir anestesia.

COASEGURO

Es el porcentaje señalado en la carátula de la póliza que pagará el asegurado del total de los gastos de ciertos beneficios cubiertos por la póliza que el asegurado debe pagar en adición al deducible.

El coaseguro se calcula después de aplicar el deducible correspondiente.

COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los gastos cubiertos de 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 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 Titular del Seguro para terminar su cobertura, o

- (d) A solicitud por escrito del Titular del Seguro para terminar la cobertura para algún dependiente, o
- (e) Por alguna de las causales establecidas por la legislación aplicable o por mandato judicial.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Condiciones y términos del contrato de seguro.

CONDICIONES ESPECIALES

Son las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a la póliza, tal como se especifican en la carátula de la misma, las cuales prevalecen sobre las condiciones generales.

CONDICIONES GENERALES

Son las condiciones del seguro de Bupa, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)

La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

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

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

CONTRATANTE

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

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas.

CUIDADOS TERMINALES

Cuidados recibidos por el Asegurado una vez declarada la fase terminal de su condición médica. Estos servicios deberán ser pre-aprobados por Bupa.

DEDUCIBLE

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

DEDUCIBLE FAMILIAR

Es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE

Cualquier otra persona elegible de acuerdo con las presentes condiciones generales, diferente del asegurado titular cubierta bajo esta póliza y nombrada en la carátula de la póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO

El cónyuge del Titular del Seguro o la persona con la que viva en concubinato y los hijos, ya sean consanguíneos o por parentesco civil (adopción), hijastros o aquellos menores respecto de los cuales el Titular del Seguro desempeñe la tutoría legal o testamentaria, quienes para efectos de esta póliza tendrán el carácter de Asegurados, siempre que hayan sido aceptados por Bupa por haber reunido los requisitos de asegurabilidad y se encuentren identificados en la carátula de la póliza.

DOCUMENTOS

Cualquier información escrita y relacionada con el seguro, incluyendo facturas originales, documentos de póliza y similares.

EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

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

ENDOSO

Documento anexo a la póliza y que forma parte de la misma, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD GRAVE Y AGUDA

Sólo se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación médica y que 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.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Son aquellas enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las siguientes características:

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

Bupa podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

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

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.

EXPEDIENTE CLÍNICO

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

FAMILIA

El (la) Titular del Seguro y su cónyuge o concubinario y sus hijos menores de veinticuatro (24) años incluidos en la póliza.

FASE TERMINAL

Cuando la probabilidad de que el acontecimiento de la muerte se produzca es muy alta, y se ha descartado médicamente la terapia activa en favor del alivio de los síntomas. Esta decisión debe ser confirmada por los consultores médicos de Bupa.

FECHA DE ANIVERSARIO

Fecha en que cesan los efectos del contrato por conclusión de su vigencia. Tiene lugar doce (12) meses después de la fecha del inicio de la póliza y cada año en la misma fecha.

FECHA DE INICIO Y FIN

Fecha indicada en la carátula de la póliza como fecha de comienzo y fin del seguro, a menos que se especifique lo contrario en las condiciones de la póliza del seguro.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PRIMA

Fecha en la cual debe pagarse la prima.

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 cualesquier 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.

HOSPITALES Y/O PROVEEDORES EN CONVENIO

El Asegurado podrá recibir la atención médica requerida con los hospitales y proveedores con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué hospital o proveedor en convenio quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza. La lista de hospitales y/o proveedores está disponible en USA Medical Services o en la página web, www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

HOSPITALIZACIÓN

Cirugía o tratamiento médico en un hospital o en una clínica, médicamente prescrito y con una duración mayor a veinticuatro (24) horas.

LESIÓN GRAVE

Daño o detrimento corporal causado por una enfermedad o accidente. Sólo se determinará que una lesión es grave después de una evaluación y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

LISTADO DE COBERTURAS

Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos que serán pagados una vez que superen el deducible anual detallado en la carátula y/o el coaseguro en su caso, de conformidad con las condiciones generales de la póliza.

LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la Tabla de Beneficios de su Plan como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente,

tratamiento, enfermedad o padecimiento, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

MÉDICO O DOCTOR

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. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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. 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.

PANDEMIA

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

PERÍODO DE ESPERA

Período de tiempo a partir de la fecha de inicio de la póliza donde el seguro no otorga cobertura, a excepción de lo especificado en el punto 3 de las presentes condiciones generales.

QUEJA

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

RECLAMACIÓN

El trámite para recibir los beneficios del seguro ya sea por pago directo o por reembolso.

RENOVACIÓN

Al término de cada periodo de seguro, y previo pago de la prima, la póliza se renovará automáticamente por otro periodo igual, sujeto a los términos y condiciones debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de dicho aniversario.

SEGURO

Las condiciones generales de la póliza, la carátula de la póliza y los endosos o condiciones especiales del mismo que representan el contrato con Bupa y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso y que se emiten con base en la solicitud y declaraciones de salud hechas por el Contratante y/o Titular del Seguro.

SIGNO

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

SÍNTOMA

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

SOLICITANTE

La persona indicada en el formulario de solicitud y en la declaración de salud como solicitante del seguro.

SOLICITUD DE SERVICIOS

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

SUMA ASEGURADA DE POR VIDA

Monto en pesos mexicanos asignada para determinados padecimientos la cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de suma asegurada único por todo el tiempo que dure el seguro, así como sus renovaciones.

SUBROGACIÓN

Derecho que tiene Bupa de proceder en nombre del Asegurado contra terceras partes, así como el derecho por parte de Bupa de requerir el pago al Asegurado si éste recuperara los gastos de terceras partes.

SUMA ASEGURADA POR ASEGURADO POR AÑO PÓLIZA

Monto en millones de dólares americanos por Asegurado y por año póliza, sujeta 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.

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

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

TITULAR DEL SEGURO

Persona identificada como tal en el formulario de solicitud y en cuya provisión se extiende esta póliza.

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CLÍNICA U HOSPITAL

Tratamiento en clínica u hospital por un período menor a veinticuatro (24) horas.

2. LISTADO DE COBERTURAS IHI PREMIER 1 MÉXICO GOLD

Los gastos serán reembolsados según las tarifas expuestas a continuación. Los reembolsos se pagarán cuando la cantidad total de gastos presentados supere el deducible elegido. El Listado de Coberturas forma parte de las condiciones generales de la póliza. Por este motivo se recomienda leer ambos textos con atención.

NOTIFICACIÓN A BUPA

Se recomienda que el asegurado notifique a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services y/o Bupa Servicios de Evaluación Médica por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico.

Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. Algunos beneficios requieren notificación obligatoria por lo que el asegurado deberá consultar la sección de Beneficios Cubiertos y la Tabla de Coberturas y Beneficios de su Plan.

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

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

El Titular del Seguro será responsable de los excedentes en los límites mencionados en el Listado de Coberturas de los gastos cubiertos de médicos y hospitales utilizados para la atención de la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro aplicables.

Todas las cantidades están expresadas en US\$ (Dólares americanos).

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.

COBERTURA MÁXIMA	Gold
Suma asegurada máxima por Asegurado, por año póliza	US\$1.5 millones

Hospitalización	Cobertura
<p>Tratamiento a través de USA Medical Services: Si se elige esta opción, todos los beneficios de hospitalización abajo mencionados serán cubiertos en su totalidad.</p> <p>El número de días máximos y reglas de pre-aprobación indicados a continuación serán siempre aplicables.</p> <p>El tratamiento deberá ser pre-aprobado por USA Medical Services.</p>	100%
<p>Tratamiento no programado a través de USA Medical Services: Si el tratamiento en la clínica u hospital elegido no ha sido programado por USA Medical Services, los gastos serán reembolsados de acuerdo a las siguientes tarifas de reembolso:</p>	
Honorarios de médicos por servicios quirúrgicos y médicos	100%
Habitación estándar y alimentación del Asegurado, por día, por un máx. de 240 días consecutivos	US\$1,000
Habitación en cuidados intensivos, por día	US\$3,000
Servicios afines: enfermería, honorarios de quirófano, medicinas y vendajes	100%
Alojamiento en el hospital para un familiar que acompañe a una persona asegurada, por día	US\$300
Rehabilitación en ingreso (en hospital o centro de rehabilitación) médicamente prescrita a causa de enfermedad o de accidente, máx. por día, todo incluido, por un máx. de 30 días por incidente	US\$525
las 20 (veinte) primeras sesiones relacionadas con el diagnóstico sin necesidad de pre autorización, siempre y cuando dichas sesiones sean medicamente necesarias, indicadas por un médico especialista y realizadas por personal capacitado y que cuente con las licencias necesarias para tales efectos expedidas por las autoridades competentes; las subsecuentes deberán de ser pre autorizadas por Bupa y sustentadas con un informe médico que indique la evolución del paciente así como la justificación médica acorde.	
Tratamiento médico y análisis	100%
Tratamiento de emergencia debido a una enfermedad o accidente	100%

Prótesis, dispositivos de corrección y artículos médicamente requeridos e implantados durante cirugía	100%
Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente, siempre y cuando tal tratamiento tenga lugar durante los 30 días posteriores a la hospitalización respectiva En caso de duda, se dejará la decisión a cargo del consultor odontológico de USA Medical Services.	100%
Coaseguro será aplicado en todas las hospitalizaciones en los Estados Unidos.	

Otros beneficios	Cobertura
Tratamiento de quimioterapia/medicina y radiación por cáncer	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia renal	100%
Trasplante de órganos; máx., vitalicio por diagnóstico y por curso de tratamiento, todo incluido Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos. La obtención del órgano deberá ser pre-aprobada por de USA Medical Services	US\$600,000
Tratamiento en el hogar por un(a) enfermero(a) autorizado(a), prescrito después de una hospitalización por accidente o enfermedad, máx. por día, todo incluido, limitado a 30 días por incidente El servicio de enfermera en el hogar deberá ser pre-aprobado por USA Medical Services.	US\$250
Residencia y cuidados paliativos Admisión de día, tratamiento en ingreso o ambulatorio, máx. por año póliza Los servicios de residencia y cuidados paliativos deberán ser pre-aprobados por USA Medical Services.	US\$10,000
Ambulancia local terrestre como transporte al y del hospital	100%

Maternidad	Cobertura
Parto normal, parto complicado y cesárea electiva, incluyendo tratamientos pre- y post-natales	US\$7,500
Cesárea médicamente prescrita, incluyendo tratamientos pre- y post-natales	US\$10,000
Habrá un período de espera de 10 meses antes de que los servicios de maternidad sean reembolsables Esta cobertura aplica también para los dependientes.	

Tratamientos ambulatorios	Cobertura
Médicos, especialistas y/o psiquiatras, máx. 30 consultas por año póliza	Los tratamientos ambulatorios recibidos en América Latina, sin incluir México, se cubrirán al 100% y en el resto del mundo incluyendo México, se cubrirán al 80%
Intervención quirúrgica en consultorio	
Análisis de laboratorio, radiografías, endoscopias (gastroscopias, colonoscopias, cistoscopias) electrocardiogramas, ecocardiografías, biopsias y exámenes de ultrasonido	
Escáneres de IRM, TAC y TEP	
Terapias, consultas y tratamientos con especialistas, incluyendo fisioterapeutas, quiroprácticos, osteópatas, acupunturistas, homeópatas, terapia ocupacional y terapia del lenguaje a corto plazo y médicamente prescrita (en relación con enfermedad o lesión cubierta), máx. 60 consultas por año póliza	
Consulta con dietista autorizado, médicamente prescrita, máx. 4 consultas por año de póliza	
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por un tratamiento cubierto, máx. por Asegurado, por año póliza El medicamento debe de tener relación con el diagnóstico tratado y la prescripción debe acompañar al Formulario de Reclamación.	US\$1,000

Medicamentos prescritos en relación a un tratamiento ambulatorio cubierto, máx. por Asegurado, por año póliza	US\$400
La prescripción debe acompañar al Formulario de Reclamación. No se cubrirán medicamentos sin prescripción médica.	
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza	
<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a un copago de US\$50 • No aplica deducible 	100%

Ambulancia aérea	Cobertura
Servicios de traslado	100%
Transporte al lugar de tratamiento más apropiado y cercano en caso de enfermedad grave y aguda o de una lesión grave y de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado	100%
Los gastos de un familiar o amigo que acompañe al Asegurado durante el transporte	100%
Los gastos del viaje de regreso, una vez finalizado el tratamiento, al lugar desde el cual el Asegurado fue trasladado, tanto para el Asegurado como para el acompañante	100%
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales, tales como embalsamamiento y ataúd de cinc	100%
Los servicios de traslado deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.	

3. ALCANCE DEL SEGURO

- 3.1 El seguro cubrirá los gastos médicos en que incurra el Asegurado derivados de una enfermedad o accidente cubierto, sujeto a los términos y condiciones de la póliza de acuerdo con la cobertura elegida, la suma asegurada contratada y los límites de cada cobertura que estén vigentes señalados en el Listado de Coberturas.

La suma asegurada está expresada en dólares americanos por Asegurado y por año póliza y está sujeta a los límites que se estipulan en el Listado de Coberturas, por lo que en cada renovación se establecerá una nueva suma asegurada que aplicará tanto a los accidentes o enfermedades cubiertos que se presenten durante la renovación como a los padecimientos anteriores cubiertos en los términos de la póliza, aun para aquellos que habiendo sido objeto de indemnización hubieran agotado el beneficio máximo asegurado. **La única limitación se refiere a la cobertura de trasplantes, caso en el cual opera una suma asegurada única de por vida por diagnóstico.**

- 3.1.1 Durante cada año de vigencia de la póliza, únicamente se aplicará un (1) deducible por Asegurado y por año póliza el cual deberá cubrir el asegurado antes de que inicie la responsabilidad de cubrir los gastos médicos procedentes por parte de Bupa y hasta el límite de la suma asegurada contratada; sin embargo, se aplicarán como máximo la suma de los dos (2) deducibles de mayor cuantía por año póliza por familia.
- 3.2 Cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual elegido indicado en la carátula de la póliza, el importe reembolsable por los gastos procedentes será pagado por Bupa. Los montos que se aplicarán al deducible por los gastos efectuados serán hasta el límite máximo por cada beneficio establecido en el Listado de Coberturas.
- 3.2.1 Cada hospitalización en los Estados Unidos de América, está sujeta a un coaseguro. Cuando se hayan agotado tanto el deducible elegido como los límites específicos determinados, Bupa reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los primeros cinco mil dólares (US\$5,000) y el cien por ciento (100%) de la suma que exceda los cinco mil dólares (US\$5,000) hasta el límite máximo por cada beneficio establecido en el Listado de Coberturas.

Los tratamientos ambulatorios recibidos en América Latina, sin incluir México, se cubrirán al por ciento (100%) y en el resto del mundo incluyendo México, se cubrirán al ochenta por ciento (80%).

- 3.2.2 En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente siempre y cuando la atención médica haya ocurrido dentro de los ocho (8) días posteriores al accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.
- 3.3 Bupa solo cubrirá los honorarios de los médicos, especialistas, etc., que cuenten con autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado por las autoridades de sanidad pública del país de que se trate.
- 3.4 En ningún caso el importe de la indemnización excederá el de la factura. Si el Asegurado recibe una cantidad por parte de Bupa que exceda el importe que le corresponda, el Asegurado estará obligado a devolver de inmediato a Bupa la suma excedente; en caso contrario, Bupa deducirá el saldo pendiente de cualquier otra cuenta por pagar que exista entre el Asegurado y Bupa.
- 3.5 El pago de la indemnización estará limitado a los gastos usuales, acostumbrados y razonables para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.

4. AMBULANCIA AÉREA

- 4.1 La cobertura de ambulancia aérea está sujeta a las condiciones que se citan a continuación:
 - 4.1.1 Se cubren los gastos incurridos por el Asegurado de acuerdo con los gastos usuales, acostumbrados y razonables por concepto de transporte en ambulancia aérea en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave y/o accidente grave. El transporte se realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.
 - 4.1.2 Los gastos de ambulancia aérea a consecuencia de un transporte amparado por el seguro solo serán cubiertos si dicho transporte es coordinado por Bupa.
 - 4.1.3 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de Bupa se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al Asegurado, así como también sobre el lugar al que el Asegurado debe ser transferido, ya sea a su país de residencia, al país de origen o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.
 - 4.1.4 La póliza cubrirá los gastos de acuerdo a los gastos usuales, acostumbrados y razonables por concepto de transporte aéreo incurridos por una persona para acompañar al Asegurado.
 - 4.1.5 Se cubrirá como máximo un transporte en el transcurso de una enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza.
 - 4.1.6 La cobertura de ambulancia aérea será efectiva únicamente si la enfermedad y/o accidente está cubierto por la póliza.
 - 4.1.7 Si el Asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del Asegurado y de la persona acompañante—si la hubiera—al lugar de residencia del Asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse a más tardar noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán como máximo los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica por persona.
 - 4.1.8 En caso de que el Asegurado haya alcanzado la fase terminal después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les reembolsarán a él (ella) y a la persona acompañante—si la hubiera—los gastos de regreso al lugar de residencia del Asegurado.

4.1.9 En caso de muerte del Asegurado, se reembolsarán los gastos ocasionados por el transporte del cuerpo al país de residencia del Asegurado, así como aquellos gastos que por imposición legal apliquen de acuerdo con lo siguiente:

- (a) Gastos por incineración del Asegurado y transporte de la urna, o
- (b) Transporte del cuerpo. En este caso se cubrirá el ataúd de cinc.

Los reembolsos se cubrirán a la persona que haya erogado los gastos y presente las facturas por los importes correspondientes, así como la documentación que respalde el cumplimiento de las imposiciones legales.

4.1.10 Bupa no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por las autoridades públicas o por el piloto u otras situaciones ajenas a Bupa.

5. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA

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

6. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

6.1 La póliza no cubrirá los gastos médicos relacionados con padecimientos preexistentes.

6.2 Además, Bupa no será responsable de la indemnización de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de los siguientes casos ni sus complicaciones:

- (a) 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;**
- (b) Tratamientos para o como resultado de sobre peso, obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional y las operaciones por obesidad, a menos que hayan sido médicamente prescritas en relación con el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto y hayan sido pre-aprobadas por Bupa;**

- (c) Enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo) y cualquier complicación de las mismas. No obstante, se cubrirán las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) en el caso de que hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio del seguro o en el caso de un accidente ocurrido durante la realización del trabajo de las siguientes actividades y profesiones: médicos y odontólogos, enfermeras, personal de laboratorio, auxiliares hospitalarios, asistentes médicos y odontológicos, ambulancieros, bomberos, policías y carceleros. El Asegurado deberá, no obstante, informar a Bupa de tal accidente antes de transcurridos catorce (14) días y entregar una prueba de anticuerpos VIH negativo;**
- (d) Enfermedades o accidentes originados a consecuencia del abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;**
- (e) 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 del 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 la cobertura 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;**
- (f) Métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;**
- (g) Aborto provocado a no ser que sea médicamente necesario y prescrito por un médico;**
- (h) Todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo los gastos de embarazo;**
- (i) Tratamientos de disfunción sexual;**
- (j) Cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estadías o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;**
- (k) Tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos y otros métodos de tratamiento alternativo, a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas, así como tratamientos mentales cuyo único propósito sean procedimientos llevados a cabo por psicólogos;**

- (l) Exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas, incluyendo vacunaciones, inyecciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para empleo o viaje;**
- (m) Tratamiento de enfermedades durante la prestación del servicio militar;**
- (n) Tratamiento de enfermedades o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas, con o sin declaración de guerra;**
- (o) Reacciones nucleares o lluvias radiactivas;**
- (p) Tratamiento suministrado por el Asegurado y/o cualquier persona unida por vínculos jurídicos y/o biológicos con el Asegurado o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con cualquiera de las personas citadas;**
- (q) 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;**
- (r) Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica y artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización, a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas;**
- (s) Hospitalización cuando el objeto único de la misma es la administración de medicamentos y si el tratamiento podía llevarse a cabo durante un tratamiento ambulatorio en alguna clínica u hospital, así como tratamientos suministrados por un terapeuta o profesional en prácticas médicas alternativas;**
- (t) Padecimientos congénitos, a menos que hayan sido declarados en la solicitud y aceptados por Bupa haciendo constar dicha aceptación en la póliza o de menores nacidos de una maternidad cubierta e incluidos en la póliza dentro del plazo establecido;**
- (u) 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 han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental;**
- (v) Alimentos, complementos y suplementos: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la**

póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en el Listado de Coberturas.

- 6.3 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.**

7. CLÁUSULAS GENERALES

- 7.1 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 Titular del Seguro o el pago directo a los prestadores de servicios los gastos médicos en los que incurra el Titular del Seguro durante la vigencia de esta póliza, tanto en 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 esta póliza, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados ocurridos en su persona o de sus dependientes económicos incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato.

Forman parte de este contrato la solicitud del seguro, la carátula, las declaraciones de salud, los endosos y/o condiciones especiales las condiciones generales y el Listado de Coberturas, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y Bupa.

- 7.2 Elegibilidad: 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 Titular del Seguro podrán ser: su cónyuge o concubina(o), descendientes en línea directa por consanguinidad o por parentesco civil que dependan económicamente del Titular del Seguro, como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos; también son elegibles los menores de edad para los cuales el Titular del Seguro 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 Titular del Seguro, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los 23 (veintitrés) años, 11 (once) meses y 29 (veintinueve) días cumplidos, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir veinticuatro (24) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple veinticuatro (24) años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Titular del Seguro 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 con Bupa. La solicitud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

8. VIGENCIA

8.1 La vigencia de esta póliza es de doce (12) meses, contados a partir de la fecha y hora de inicio que se indica en la carátula de la misma.

Sujeto a los gastos cubiertos de 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 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 Titular del Seguro para terminar su cobertura, o
- (d) A solicitud por escrito del Titular del Seguro para terminar la cobertura para algún dependiente, o
- (e) Por alguna de las causales establecidas por la legislación aplicable o por mandato judicial.

9. PERIODOS DE ESPERA

9.1 El derecho de indemnización entrará en vigor cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Sin embargo, este período de espera no se aplica cuando el Asegurado pueda probar la transferencia simultánea de un seguro equivalente con cobertura internacional con otra compañía de seguros autorizada o en caso de renovación de la póliza.

- 9.1.1 El derecho de indemnización en caso de emergencias, accidentes, enfermedades graves y agudas así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, lesiones graves tales como politraumatismos, serán efectivos a partir de la fecha de inicio de la póliza.
- 9.1.2 En los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas y/o complicaciones, el derecho de indemnización entrará en vigor después de diez (10) meses, contados a partir de la fecha de inicio del seguro de la madre asegurada.
- 9.1.3 Los períodos de espera no aplican tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y enfermedades de origen infeccioso, así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, en las 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.

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.

10. PERÍODO DE BENEFICIO

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

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

11. ALTAS, CAMBIOS Y MODIFICACIONES

- 11.1 El seguro cubrirá a cada Asegurado nombrado en la carátula de la póliza, incluyendo a los niños registrados en la misma.
- 11.2 Si el seguro de uno de los padres ha estado en vigor durante un mínimo de diez (10) meses, los hijos recién nacidos podrán ser Asegurados sin que sea necesario presentar una declaración de salud. En este caso deberá presentarse a Bupa una copia del acta de nacimiento correspondiente dentro de un término de tres (3) meses contados a partir de la fecha del nacimiento. En caso de que el nacimiento hubiera ocurrido fuera del plazo señalado, deberá presentarse una declaración de salud por cada recién nacido.

Para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta, siempre se deberá presentar una solicitud.

- 11.3 En caso de adopción, el Asegurado deberá presentar una Declaración de Salud a nombre del niño adoptado.
- 11.4 El Asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura a partir del aniversario siguiente de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes a Bupa.
- 11.4.1 Si el cambio significara una ampliación de cobertura, Bupa la considerará como una nueva solicitud debiendo presentar el Asegurado, una nueva Declaración de Salud, la cual estará sujeta a la evaluación y aceptación por parte de Bupa. En caso de aceptación por parte de Bupa, para la cobertura de maternidad y de recién nacido aplicará un nuevo período de espera de diez (10) meses contados a partir de la fecha del cambio. Durante el período de espera establecido, los beneficios por maternidad pagaderos estarán sujetos a los términos y condiciones anteriores.

12. TERRITORIALIDAD

- 12.1 El seguro ofrece cobertura en territorio de la República Mexicana y en el extranjero.
- 12.2 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 Titular del Seguro 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.

13. PAGO DE LA PRIMA

- 13.1 El Contratante se obliga a pagar la prima de la póliza, 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. Bupa podrá ajustar las primas una vez al año en 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, en la fecha de su vencimiento.
- 13.2 La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato. El Contratante de la póliza podrá elegir entre pagos semestrales o anuales, aplicándose a la primera forma de pago mencionada, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada en la fecha de celebración del contrato.
- 13.3 Los cambios en el término de pago mencionados en el punto 11.2 podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.
- 13.4 Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella que corresponda en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de ese plazo.

13.5 En caso de fallecimiento del Titular del Seguro, Bupa eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por doce (12) meses, contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de ésta a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza de acuerdo a lo indicado en el punto 11.5.2.

13.5.1 Para que aplique el beneficio mencionado anteriormente, la muerte deberá haber sido causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

13.5.2 La exención del pago de la prima será válida únicamente para el (la) cónyuge o concubino(a) y/o sus hijos que permanezcan asegurados bajo la póliza existente, y cesará automáticamente en caso de que el (la) cónyuge o concubino(a) sobreviviente contraiga matrimonio.

14. INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA

14.1 El Contratante y/o el Titular del Seguro estarán obligados a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del Titular del Seguro o de cualquier otro Asegurado en la póliza. Bupa no será responsable de las consecuencias en caso de que el Titular del Seguro y/o el Contratante hayan omitido notificarle a Bupa tales sucesos.

14.2 El Titular del Seguro también estará obligado a proveer a Bupa cualquier información disponible y necesaria para la tramitación por parte de Bupa, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa facultará a Bupa a rescindir la póliza sin la necesidad de declaración judicial, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo cuarenta y siete (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

14.3 Asimismo, Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc. que atienda o haya atendido al Asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado, quien otorga expresamente su consentimiento para que Bupa reciba esta información.

15. RENOVACIÓN, CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

15.1 Bupa se obliga a renovar el contrato de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de renovación garantizada. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula 11 se aplicará de acuerdo a la edad del Asegurado y coberturas correspondientes.

Las condiciones generales aplicables serán las que rijan en la fecha de renovación y que están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento en la prima a efectuarse en cada renovación será el que resulte conforme a las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de que Bupa suspenda la operación de este plan, ofrecerá al Contratante alguno similar de entre los que tenga operando, eliminando los períodos de espera que correspondan de acuerdo a la antigüedad de esta póliza y amparando los padecimientos que estuvieren en curso sin considerarlos preexistentes, siempre que estuvieran cubiertos por la nueva póliza y de acuerdo a las condiciones generales establecidas.

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

15.1.1 La póliza podrá ser cancelada por el Titular del Seguro previo aviso por escrito a Bupa de treinta (30) días y esta devolverá la prima pagada a prorrata por la parte no devengada. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

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

- 15.2 En caso de que el Contratante, el Titular del Seguro o cualquier Asegurado al momento de la suscripción de la solicitud del seguro hayan alterado documentos originales o le hayan proporcionado información incorrecta a Bupa o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la misma, el contrato de seguro quedará rescindido de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo cuarenta y siete (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 15.3 En caso de que el Contratante, el Titular del Seguro o cualquier Asegurado al momento de la suscripción de la solicitud del seguro hayan dado cualquier información incorrecta o inexacta, o hayan omitido hechos importantes para la apreciación del riesgo, el contrato de seguro se rescindirá de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo cuarenta y siete (47) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 15.4 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, el Titular del Seguro, el 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.
- 15.5 Con la terminación de la póliza 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.
- 15.6 El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.

16. REHABILITACIÓN

- 16.1 En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante o Titular del Seguro podrán solicitar la rehabilitación de la póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:
- (a) El Contratante o Titular del Seguro lo soliciten por escrito a Bupa.
 - (b) El (los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa.
- 16.2 Bupa comunicará por escrito al Contratante o Titular del Seguro la aceptación o rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de quince (15) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso Bupa no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la solicitud de rehabilitación.
- 16.3 En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

17. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

- 17.1 Cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:
- 17.1.1 Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de su Ihi Gold.
 - 17.1.2 Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del Recién Nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto u opción de Deducible y el producto u opción de Deducible anterior, siempre que el nuevo producto u opción de Deducible considere el beneficio y no especifique el reinicio del periodo de espera.
 - 17.1.3 Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
 - 17.1.4 Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto

o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

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

Cuando el Asegurado modifique su plan durante su vigencia o al aniversario para incrementar beneficios que se encuentran limitados a una suma definida en su plan previo, durante los primeros sesenta (60) días del cambio se mantendrá el beneficio contratado originalmente a fin de garantizar que el cambio no tiene la intención de cubrir un evento ya conocido y que por lo tanto su incremento de beneficio tomaría un carácter inequitativo en la condición de fortuito y no conocido que rige a la mutualidad que participa en estos planes. Superados los sesenta (60) días, se activarán las sumas específicas del plan actual.

Esta consideración no aplica si es Bupa la que incrementa los beneficios como parte de la actualización anual que el plan ofrece y que a ese Asegurado corresponderá de forma general.

18. RENOVACIÓN GARANTIZADA

- 18.1 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 Titular del Seguro notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarlo, cuando menos con veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.
- 18.2 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.
- 18.3 Bupa informará al Contratante o al Titular del Seguro, 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.
- 18.4 En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al mismo plan, si el Titular del Seguro 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".
- 18.5 En caso de que el Asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Bupa.

19. COMPETENCIA

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

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 / 800 227 3339, Correo electrónico: une@bupa.com.mx

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

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

19.1.1 CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

El Titular del Seguro debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de 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 rescindido el contrato 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 (365) días sin importar el tipo de visa que le haya sido emitido, la cobertura de esta póliza estará limitada a los hospitales y/o proveedores en convenio con Bupa hasta la siguiente fecha de renovación, cuando la póliza terminará automáticamente.

20. PRESCRIPCIÓN

- 20.1 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 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.
- 20.2 La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- 20.3 Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Bupa.

21. MONEDA

- 21.1 Los pagos que las partes deban realizar conforme a esta póliza se efectuarán en dólares o en su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se efectúe el pago conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.
- 21.2 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.

22. MODIFICACIONES

- 22.1 Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre Bupa y el Contratante, mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 22.2 Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Bupa, no tienen facultades para hacer modificaciones o concesiones sobre la póliza.
- 22.3 Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Titular del Seguro podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

23. EDAD

- 23.1 El límite de edad de aceptación para este contrato es hasta los setenta y cuatro (74) años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección garantizada de por vida de acuerdo a lo estipulado en el punto 13 de Renovación, Cancelación, Rescisión y Terminación.
- 23.2 Si al momento de celebrar este contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, Bupa hará la anotación correspondiente y no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

24. INDEMNIZACIÓN POR MORA

- 24.1 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 términos del Artículo setenta y uno (71) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Titular del Seguro, 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.

Artículo doscientos setenta y seis (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 cuenta 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.”

25. INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

- 25.1 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.

26. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

- 26.1 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 de 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 de 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.

- 26.2 **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 LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.**

27. ¿CÓMO UTILIZAR TU PÓLIZA?

28. NOTIFICACIÓN A BUPA

- 28.1 En caso de que se presente la realización de un evento médico, el Asegurado deberá dar el aviso correspondiente a Bupa de inmediato o dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

La eliminación de deducible por accidente procederá siempre y cuando el asegurado haya recibido la atención médica o haya erogado algún gasto dentro de los primeros ocho días naturales inmediatos posteriores al accidente

y este sea médicamente catalogado como tal. De lo contrario no procederá este beneficio y será obligatorio cubrir el deducible conforme a Condiciones Generales.

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

28.2 Beneficio de Atención Programada

Si el Asegurado solicita a Bupa la aprobación de pago directo de los gastos cubiertos a través de la administradora de servicios USA Medical Services antes de cualquier hospitalización, Bupa eliminará los límites del Listado de Coberturas y, en su caso, se podrá emitir una garantía de pago directo al proveedor.

Si debido a una emergencia el Asegurado no tiene la posibilidad de ponerse en contacto con USA Medical Services para obtener dicha aprobación, para que Bupa le otorgue los beneficios señalados en el párrafo anterior, el Asegurado deberá informarle a Bupa sobre cualquier admisión hospitalaria dentro de un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.

29. ¿CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN EN CASO DE SINIESTRO?

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

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

En Ciudad de México: 55 5202 1701
Correo electrónico: atencioncliente@bupa.com.mx

Y las 24 horas del día, los 365 días del año:
En México sin costo: 800 326 3339
800 227 3339

En los EE.UU.: +1 305 275 1500
En los EE.UU. sin costo: +1 800 726 1203

Fax: +1 305 275 1518

Correo electrónico: dictamen@bupa.com.mx

Para tramitar pago directo (atención médica nacional):
Para reembolso

(atención médica en México o en el extranjero): siniestros@bupa.com.mx
Para notificación de accidentes en México: notificaciones@bupa.com.mx
Para notificación de accidente en el extranjero: usamed@bupa.com.mx

Servicios en línea www.bupalud.com.mx
Sección "Mi Bupa"

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

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

30. SOLICITUD DE REEMBOLSO

El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a

los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados.

El asegurado titular y/o contratante deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento, mediante el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa.

Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Para gastos complementarios, incluir siempre el formulario solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores. Los formularios de reclamación y de solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores pueden obtenerse comunicándose con su agente, con USA Medical Services, con Bupa Servicios de Evaluación Médica o directamente con Bupa por medio de Servicio al Cliente, o en la página web: www.bupasalud.com.mx

Para reclamaciones de dependientes que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el asegurado titular y/o contratante confirmando que dichos dependientes son solteros. En caso contrario, Bupa podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte.

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

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

RFC: BMS030731PC4

Domicilio: Montes Urales No. 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, CP 11000

Bupa no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, Bupa podrá enviar copia de los mismos.

En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago.

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

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

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

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

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

a) Aprobar un pago directo, o

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

31. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Bupa, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo cuatrocientos noventa y dos (492) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos ciento treinta y nueve (139) a ciento treinta y nueve (139) Quinquies, ciento noventa y tres (193) a ciento noventa y nueve (199), cuatrocientos (400) y cuatrocientos (400) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

32. ARBITRAJE MÉDICO

- 32.1 En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar en acudir ante un arbitraje médico privado.
- 32.2 Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante un árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho se considerará que renuncian a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.
- 32.3 El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él y deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.
- 32.4 Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.

33. ENTREGA DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

34. APELACIÓN DE RECLAMOS:

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

Esta petición debe incluir un escrito que contenga lo siguiente:

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

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

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

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

35. AVISO DE PRIVACIDAD

En Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Montes Urales 745, 1er piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, Ciudad de México, México, estamos comprometidos con la protección de sus datos personales, para ello llevamos a cabo el tratamiento legítimo, controlado e informado de los mismos a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de nuestros asegurados y clientes, en cumplimiento a los principios, deberes y obligaciones establecidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás normatividad secundaria aplicable. Para más información lo invitamos a leer nuestro aviso de privacidad integral, el cual ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx, o bien, puede solicitar la última versión del mismo vía correo electrónico a privacidad@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, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 5202 1701 ext. 4417, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 5 de febrero de 2021 con el número CNSF-S0065-0076-2021 / CONDUSEF 004703-01.

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
atencioncliente@bupa.com.mx
www.bupasalud.com.mx