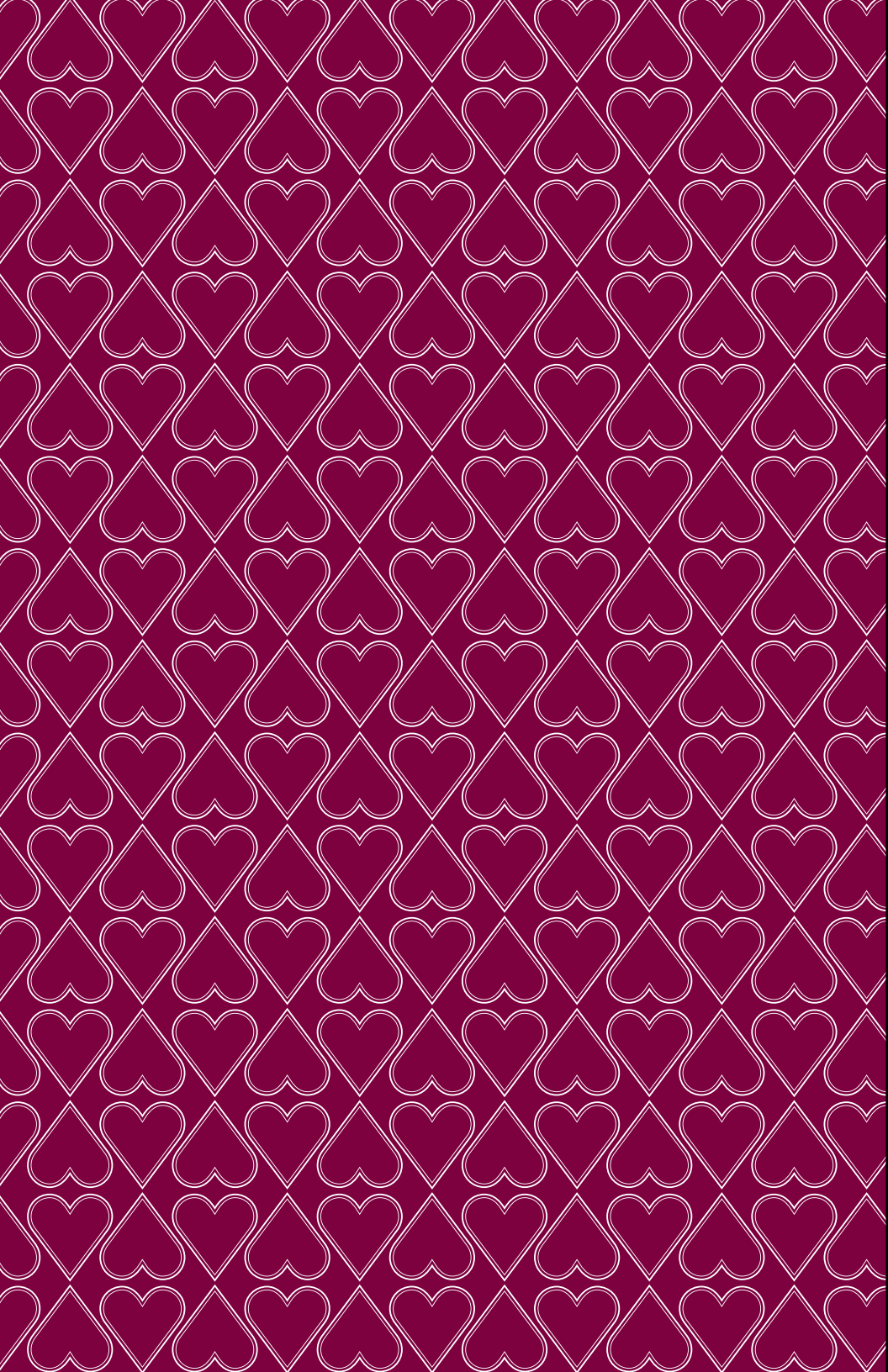




BUPA DIAMOND CARE

Guía para Asegurados



Contenido

Bienvenido a Bupa	2
USA Medical Services	3
Administre su póliza <i>online</i>	4
Opciones	4
Para contactarnos	5
Condiciones generales de la póliza	7
Suplemento	
¿Cómo funciona el proceso de reclamación?	42
La notificación: el primer paso en el proceso de reclamo	43
Cómo presentar un reclamo después de su tratamiento o servicio	45

Bienvenido a Bupa

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

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

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

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

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

Su línea directa a la experiencia médica

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

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite programar una cita médica, el ingreso a un hospital, o una ambulancia aérea, nuestros profesionales médicos están a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal médico mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

Cuando ocurre lo peor, USA Medical Services está a su alcance con sólo una llamada

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

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

Administre su póliza *online*

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

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

Suscríbase como cliente *online* – es gratis y muy fácil

Nuestro servicio al cliente *online* ha sido diseñado para usted que desea evitar los retrasos del correo, las cartas extraviadas y tener que archivar sus documentos de seguro. Haga clic sobre “Inscríbase”, siga la guía y obtenga:

- Un resumen completo de su póliza
- Copia de su solicitud de seguro de salud
- El estatus de sus reclamaciones más recientes
- Información sobre los pagos de su prima *online* y copia de su recibo

Opciones

Elección de deducible

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

Plan					
Deducible	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

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

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

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

Para contactarnos

Línea de ayuda al cliente de Bupa

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible de 8:00 a 17:00 Hrs. (EST) para ayudarle con:

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

Tel: (55) 5202 1701

Fax: (55) 5202 2097

Correo electrónico: serviciocliente@bupalatinamerica.com

Sitio web: www.bupa.com.mx

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

Tel: +1 (800) 326 3339

Tel: +1 (305) 275 1500

Fax: +1 (305) 275 8555

Correo electrónico: usamed@usamedicalservices.com

Dirección postal

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

Bld. Manuel Ávila Camacho No. 88 Piso 5

Col. Lomas de Chapultepec

México, D.F., C.P. 11000

Condiciones Generales de la Póliza

Sus beneficios

Contrato	8
Requisito de notificar a la aseguradora	10
Tabla de beneficios	11
Gastos Cubiertos por la póliza	14
Administración	22
Exclusiones y limitaciones	31
Definiciones	36

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

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

En caso de que el Asegurado titular y/o el Contratante desee cancelar esta póliza dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo de \$937.50 (novecientos treinta y siete pesos con 50 centavos) en moneda nacional y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado a Bupa.

Aviso Importante Sobre la Solicitud: Esta póliza es emitida en base a los datos proporcionados en la solicitud. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza puede ser rescindida.

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 Asegurado Principal podrán ser: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los dependientes del Asegurado Principal, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, al cumplir los diecinueve (19) años 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 24 (veinticuatro) años, o se muda a otro país de residencia, o cumple 24 (veinticuatro) años, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dichos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura con Bupa. La solicitud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

Notificación a la aseguradora

Se recomienda que el asegurado notifique o avise a Bupa o al Administrador de Reclamos de la misma, USA Medical Services, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. En caso de tratamiento de emergencia se recomienda hacer el aviso o notificación dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

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

En México:	5202 17 01
Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes.	
Y las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:	
En México, sin cobro:	01 800 326 3339
En los EE.UU.:	+1 (305) 275 1500
Sin cobro desde los EE.UU.:	+1 (800) 726 1203
Fax:	+1 (305) 275 8555
Correo electrónico:	usamed@usamedicalservices.com
Fuera de los EE.UU.:	EL NÚMERO DE TELÉFONO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE IDENTIDAD, O EN www.bupa.com.mx

NOTA: Usa Medical Services es un proveedor que actúa por sí mismo y en ningún momento, actúa en nombre y representación de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., siendo su relación estrictamente de prestación de servicios de conformidad con el contrato celebrado.

Tabla de beneficios

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza, está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

LOS ASEGURADOS NO ESTÁN OBLIGADOS A OBTENER TRATAMIENTO, DENTRO DE UN HOSPITAL O PROVEEDOR DE CONVENIO.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento, relativas a los beneficios cubiertos y deducibles, se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	Sin límite
Beneficios por hospitalización	Cobertura
Servicios Hospitalarios	100%
Habitación (privada/semi-privada) y alimentación	100% dentro de un hospital o proveedor de convenio /
Unidad de cuidados intensivos	\$2,000 por día en otros hospitales
Alimentación de visitantes	100% dentro de un hospital o proveedor de convenio /
Honorarios de cirujano y anestesista	\$4,000 por día en otros hospitales
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	\$50 por día
Medicamentos recetados durante la hospitalización	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/ radioterapia)	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado	100%

Beneficios por tratamiento ambulatorio Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	100%
Visitas a médicos y especialistas	\$400 por día
Medicamentos por receta <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria Sin hospitalización y sin cirugía ambulatoria 	100% (por un máximo de 6 meses; después, un máximo de \$3,000 por año) \$10,000 por asegurado por año póliza.
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	100%

Otros beneficios	Cobertura
Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)	100%
Ambulancia terrestre	100%
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de la Maternidad (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) Período de espera de 10 meses No aplica deducible Plan, 2 y 3 solamente 	\$10,000 (por embarazo)
Complicaciones de la maternidad y del recién nacido durante el parto <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses 	100%
Cuidado del recién nacido saludable	5 visitas (dentro de los primeros 6 meses después del parto)

Cobertura provisional del recién nacido	\$50,000 (por un máximo de 90 días después del parto)
Condiciones congénitas y hereditarias	100%
Procedimientos de Trasplante (de por vida)	\$1,000,000 (por diagnóstico)
SIDA <ul style="list-style-type: none"> • Periodo de espera de 4 años 	\$1,000,000 (de por vida)
Cobertura dental de emergencia	100%
Repatriación de restos mortales	100%
Residencia/Cuidados Paliativos	100%
Terapeuta complementario	100% (máximo de 80 visitas/sesiones)
Prescripción médica para asistir con el dietista	4 visitas

Notas sobre los beneficios

Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de los Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones de este documento. La Tabla de beneficios solamente es un resumen de la cobertura.

Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento y área geográfica.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

Condiciones de la póliza

1. **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura de los honorarios del anestesista debe ser aprobada con anticipación por USA Medical Services y está limitada a la cantidad que resulte de:
 - (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del anestesista; o
 - (b) 30% (treinta por ciento) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
 - (c) 30% (treinta por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o
 - (d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.
2. **HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando su intervención sea médicamente necesaria para la operación de que se trate, y cuando USA Medical Services los ha aprobado con anticipación. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados a la cantidad que resulte menor de:
 - (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
 - (b) 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
 - (c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
 - (d) Tarifas especiales establecidas por Bupa para un área o país determinado.
3. **ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO:** Los gastos incurridos en el hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de 18 años se pagarán hasta un máximo de cuatrocientos dólares (\$400) por día.
4. **TERAPEUTA COMPLEMENTARIO:** Solamente el tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra, así como acupuntura, tratamiento homeopático o tratamiento para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico y desórdenes de sueño, serán cubiertos bajo este beneficio. Se cubrirá un máximo de ochenta (80) visitas/sesiones bajo este beneficio, por Asegurado, por año póliza.

5. **CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:** La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.
6. **COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD Y DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO:** (Excepto para Diamond Plan 4, 5, y 6)

Las complicaciones de maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertos como sigue:

- (a) El beneficio máximo de esta cobertura es igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las coberturas de "Cuidado de la Maternidad" y "Cobertura del Recién Nacido" de esta póliza.
- (c) **Este beneficio no aplicará para complicaciones relacionadas a cualquier enfermedad o padecimiento excluido o no cubierto bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido que resulten de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.**

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para el recién nacido y las complicaciones de la maternidad (Para Diamond Plan 4, 5 y 6). Sin embargo, este anexo no está disponible para los hijos dependientes.

7. **DEDUCIBLE:** El deducible aplicable, será el contratado y que se indica en la carátula de su póliza.

El pago del deducible por parte del Asegurado aplicará como sigue:

- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
- (b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ha sido satisfecho y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.

- (c) Los gastos elegibles incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza, que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- (d) En caso de accidente, no se aplicará deducible.
- 8. DIAGNÓSTICO:** Para que un padecimiento o enfermedad sea considerada como cubierta bajo esta póliza el Asegurado deberá entregar a Bupa, se necesitan copias de todos los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes físicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico.
- 9. PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA ASISTIR CON EL DIETISTA:** Cada Asegurado tiene derecho a cuatro (4) consultas con un especialista en dietética autorizado, por año póliza. Las consultas deben ser prescritas por un médico, y en todos los casos el reclamo debe incluir una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.
- 10. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente.
- 11. TRASLADO DE EMERGENCIA:** El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto por esta póliza para el cual no pueda proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio pudiera resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o la aeronave usada, deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.
- (a) Transporte por ambulancia aérea:
- (1) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por USA Medical Services.
 - (2) El Asegurado se compromete a mantener a , a USA Medical Services, y a cualquier compañía afiliada con Bupa o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libre de responsabilidad por cualesquier demoras o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales, o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.
- 12. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Todos los gastos médicos relacionados con un tratamiento médico de emergencia practicados al Asegurado por cualquier proveedor fuera de los hospitales o proveedores

de convenio serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital o proveedor de convenio.

13. COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

En caso de que fallezca el Asegurado Principal, Bupa proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante dos (2) años sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge/concubina(o) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado. **Esta cobertura extendida no aplica a ningún anexo de cobertura adicional.**

14. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:

Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Podrá aprobarse también en forma previa y por USA Medical Services, una extensión de tiempo hasta por treinta (30) días más, o en caso de no contar con dicha autorización el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

15. 15. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

(a) Para cobertura fuera de los hospitales y/o proveedores de convenio con Bupa:

- i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están limitadas a un beneficio máximo de dos mil dólares (\$2,000) por día.
- ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas a un beneficio máximo de cuatro mil dólares (\$4,000) por día.

(b) Para cobertura dentro de los hospitales y/o proveedores de convenio con Bupa:

- i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación de hospital están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.
- ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas hasta un cien por ciento (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrado para los cargos hospitalarios.

(c) La alimentación de invitados bajo esta cobertura está limitada a un beneficio máximo de cincuenta dólares (\$50) por día.

- (d) Los cargos incluidos en la factura del hospital por llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos estarán cubiertos.

16. CUIDADO DE LA MATERNIDAD (EXCEPTO PLAN DIAMOND 4, 5 Y 6):

Este beneficio aplicará para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.

- (a) El beneficio máximo es de diez mil dólares (\$10,000) por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, y parto por cesárea, están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.
- (c) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes de 18 años de edad o más. Para tener cobertura bajo este beneficio, la hija dependiente de 18 años o más deberá solicitar cobertura y ser aprobada bajo su propia póliza por separado. (d) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aun cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta póliza haya sido eliminado.
- (e) Las complicaciones de la maternidad no están cubiertos bajo este beneficio, ya que están limitadas al beneficio máximo descrito en el numeral 6 “Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido durante el Parto.”
- (f) **No estará cubierto ningún gasto derivado de procedimientos de subrogación de vientre o madre sustituta.**

17. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- a. Si nace de un Embarazo Cubierto:
- (i.) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de cincuenta mil dólares (\$50,000) sin deducible. El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura “Cuidado de la Maternidad” de esta póliza.
- (ii.) El cuidado de recién nacido saludable estará cubierto, pero está limitado a un beneficio máximo de cinco (5) visitas dentro de los primeros seis (6) meses después del parto.
- (iii) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una “Notificación de Nacimiento” que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso y la fecha de

nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 12 Pago de la Prima.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitado al beneficio máximo descrito en el numeral 6.

- b. **Si nace de un embarazo NO cubierto, no gozará de la cobertura provisional. En caso de un embarazo no cubierto, se podrá agregar al recién nacido a la póliza, cumpliendo con la obligación de pago de la prima en los términos de la cláusula 12 Pago de la Prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de Bupa. Sin embargo, si el padre (asegurado) del recién nacido tiene por lo menos diez (10) meses de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta sin evaluación de riesgo.**

18. DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.)

19. SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

20. CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:
 - i. Si el asegurado NO ha presentado síntomas, signos o tratamiento por un periodo de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, se cubrirán después de transcurrido el periodo de espera de sesenta (60).

- ii. Si el asegurado SI ha presentado síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un periodo de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, se cubrirán después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza.
- (b) **Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado, de conformidad con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

21. MEDICAMENTOS RECETADOS: Los medicamentos por receta, prescritos mediante receta médica para tratar una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo la póliza estarán sujetos a lo siguiente:

- (a) Hospitalización: Los medicamentos recetados durante la hospitalización, se cubrirán al 100%, en tanto que los prescritos después de una hospitalización o de una cirugía ambulatoria están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha en que el Asegurado ha sido dado de alta. Después de los seis (6) meses, el beneficio máximo para medicamentos prescritos mediante receta médica es de tres mil dólares (\$3,000) por Asegurado, por año póliza.
- (b) Sin hospitalización o cirugía ambulatoria: Los medicamentos recetados que no son prescritos por derivar de una hospitalización o de una cirugía ambulatoria, están limitados a un beneficio máximo de diez mil dólares (\$10,000) por Asegurado, por año póliza.

En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

22. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, Bupa cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del Asegurado o, siempre y cuando la muerte sea resultado de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a los servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

23. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA: Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, se recomienda que el Asegurado notifique a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha de programación del procedimiento. Si Bupa o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión, ésta debe ser realizada

por un médico seleccionado y convenido por el Asegurado y USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones requeridas y coordinadas por USA Medical Services. 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 de un médico seleccionado entre el Asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

- 24. TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Prótesis, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables, implantes, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Los tratamientos especiales serán cubiertos por Bupa o reembolsados al costo que hubiese incurrido Bupa si los hubiera comprado a sus proveedores.
- 25. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece a través de hospitales y proveedores de convenio para procedimientos de trasplante. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores con los que Bupa tiene celebrado convenio. El beneficio máximo pagadero para este beneficio es de un millón dólares (\$1,000,000) por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por un médico, haya sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y haya sido aprobada por USA Medical Services, y está sujeta a todos los términos, gastos cubiertos y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo todos los exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (\$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.
- (d) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.

- (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

26. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de 4 (cuatro) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en el territorio nacional. El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado de por vida, es de un millón dólares (\$1,000,000).

27. PERÍODO DE ESPERA:

- (a) Esta póliza tiene un período de espera de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza. Sin embargo, este periodo de espera no aplica, tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata y enfermedades de origen infeccioso 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.
- (b) Los gastos incurridos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, no serán cubiertos durante los 4 (cuatro) años de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza.

28. ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA: Bupa eliminará el período de espera solamente si:

- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y
- (b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior; y
- (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro; y
- (d) Bupa recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Si se elimina el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o padecimiento que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura, están limitados al menor de los beneficios cubiertos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

- 1. AUTORIDAD:** Ningún Agente tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre las partes y sea hecho constar por un endoso a la póliza, registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:** *Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo. Una Agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta póliza, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.”*
- 3. CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN:** El Asegurado Principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. Durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infecciosa, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior. Durante los doce (12) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desórdenes congénitos y de trasplante, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior.
- 4. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado Principal debe notificar por escrito a Bupa, cualquier cambio de su país de residencia, tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país residencia de algún Asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, facultará a Bupa para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

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

- 5. PELACIÓN 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 México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.” 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 copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros S.A. de C.V., y/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el Asegurado. 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. Dicho recurso no tiene costo alguno para el Asegurado.
- 6. ARBITRAJE MEDICO:** En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico. Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.
- El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.
- 7. COMPETENCIA:** En caso de controversia, el quejoso 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.
- 8. 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, hora de México:
- (a) En la fecha de expiración de la póliza; o
 - (b) Por falta de pago de la prima;

- (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura;
o
- (d) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente.

9. MONEDA: Este seguro se contratará en moneda nacional.

Los pagos y liquidaciones que las partes deban realizar, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se pagaran de acuerdo al equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio correspondiente a dólares de los Estados Unidos de América que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la fecha en que se realicen los mismos.

En caso de que los gastos se deban cubrir directamente a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron en la fecha de pago.

10. INTERÉS MORATORIO: En caso de que Bupa, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los 30 días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado Titular, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 (ciento treinta y cinco) Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

“Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y
- VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente”.

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

12. PRUEBA DEL CONTRATO: Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración, las condiciones generales, la Solicitud del Seguro, la Carátula, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales.

La traducción de esta póliza a cualquier otro idioma se ofrece como un servicio para el Asegurado, sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

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

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

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

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

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza, Bupa eximirá el pago de prima por un período de dos (2) años contados a partir de la próxima fecha de vencimiento de la misma, a los dependientes que se encuentren

asegurados bajo la póliza de acuerdo a lo indicado en el punto 13 de Gastos Cubiertos por la Póliza.

- 14. INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS:** Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. Bupa proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
- 15. PAGO DE RECLAMACIONES:** Bupa tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales certificados en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, Bupa reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, Bupa pagará cualquier beneficio pendiente de pago a la sucesión del Asegurado. USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la indemnización antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.
- 16. PRUEBA DE RECLAMO:** El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamo debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa. Se requiere completar un formulario de reclamo por siniestro para todos los reclamos presentados. Los formularios de reclamo son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente o con USA Medical Services a la dirección anteriormente mencionada, o en la página web: www.bupa.com.mx. La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean pesos mexicanos, estará de acuerdo con la cláusula de Moneda. Para reclamos de hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como TAMBIÉN una declaración por escrito firmada por el Asegurado Principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Sin excepción, para considerarse como válidas para el pago, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y ser emitidas a nombre de Bupa, de acuerdo a los siguientes datos:

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

RFC: BMS030731PC4

Domicilio: Blvd. Manuel Ávila Camacho #88 piso 5,
Col. Lomas de Chapultepec, Distrito Federal, CP. 11000

Número de Folio: B1151821

17. EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de un reclamo, Bupa se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de Bupa.

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

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

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

19. RENOVACIÓN: Al finalizar el Período de Seguro estipulado en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. 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. En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte, conforme a las bases técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos del numeral 12, se aplicará de acuerdo a la edad del Asegurado y coberturas correspondientes.

El pago de la prima acreditado en el recibo extendido en las formas usuales de Bupa, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En caso que Bupa suspenda la operación de este Plan, ofrecerá al contratante alguno similar de los que tenga operando, eliminando los periodos de espera que correspondan de acuerdo a la antigüedad de esta póliza y amparando los padecimientos que estuvieren en curso sin considerarlos preexistentes y de acuerdo a las condiciones generales establecidas.

Una vez transcurrido el periodo de gracias para el pago de la prima, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de la póliza, la cual será evaluada

por la Aseguradora y en su caso otorgada respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes

- 20. CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN:** En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, Bupa devolverá el 65% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derecho de póliza, ni costo de USA MED, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Titular dirigido a Bupa.

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

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

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

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

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

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

- 21. INFORMACION NECESARIA PARA BUPA:** El contratante y/o el asegurado 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 Asegurado Principal o de cualquier otro asegurado. Bupa no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Principal y/o los asegurados hayan omitido notificarle a tales sucesos.

El Asegurado también estará obligado a proveerle a Bupa toda la 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 necesidad de declaración judicial.

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 cualquier enfermedad o trastornos físicos o psíquicos. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa, para estos fines.

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

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

- 23. AVISO DE PRIVACIDAD:** La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que BUPA recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato celebrado al cual se incorpora el presente aviso como si fuese parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de BUPA

La información del TITULAR que recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a BUPA a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios con el Titular.

- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de BUPA, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I.- identificación oficial o documentación con el que se acredite la representación del Titular.
- II.- Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información BUPA dará respuesta en un plazo máximo de 20 días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.

BUPA se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.bupa.com.mx.

Se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

Exclusiones y limitaciones

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, ni sus complicaciones:

- 1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**
 - (a) Que no sea médicamente necesario; o**
 - (b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, o profesional de la medicina no calificado; o**
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o profesional de la medicina; o**
 - (d) Que está relacionado con el Cuidado personal; o**
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**
- 2. Cualquier cuidado o tratamiento, , debido a enfermedades o lesiones auto infligidas por el propio Asegurado suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol, uso de drogas no prescritas médicamente, uso de sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.**
- 3. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.**

- 4. Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.**
- 5. Tratamiento naturista, medicamentos naturistas u homeopáticas o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza.**
- 6. Cualquier enfermedad, lesión o complicación no causada por un accidente, o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza.**
- 7. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento que no sea médicamente necesario, a menos que sea resultante de una lesión, accidente, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. También está excluido cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.**
- 8. Cualquier gasto relacionado con enfermedades, padecimientos o accidentes preexistentes a la contratación del seguro, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.**
- 9. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido, o que sea considerado experimental y/o no sea aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SS) y por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).**

- 10. Tratamiento en cualquier institución gubernamental, cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública o asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.**
- 11. Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos de un Asegurado hospitalizado, a menos que sean resultantes de una enfermedad o padecimiento cubierto. Tampoco estarán cubiertos los gastos incurridos por enfermedades mentales y/o desórdenes de la conducta o del desarrollo, excepto como se estipula bajo esta póliza.**
- 12. Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**
- 13. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.**
- 14. El tratamiento o servicio por cualquier padecimiento, enfermedad, accidente, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso, o no cubiertas bajo esta póliza.**
- 15. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza.**

- 16. Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.**
- 17. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.**
- 18. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.**
- 19. Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**
- 20. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.**
- 21. Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o de la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o las derivadas de riñas en las que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 22. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza.**
- 23. La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por Bupa.**

- 24. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.**
- 25. Medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos prescritos que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria, excepto como se establece bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza. Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, así como lo siguiente:**
- (a) Los medicamentos que no sean medicamento necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea medicamento necesario.**
 - (b) Los medicamentos anticonceptivos que no sean orales y los dispositivos anticonceptivos, aunque sean recetados para propósitos no-anticonceptivos.**
 - (c) Los medicamentos o vacunas para prevenir enfermedades o alergias.**
 - (d) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.**
 - (e) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.**
 - (f) Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.**
 - (g) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.**
 - (h) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta.**

- (i) Los agentes inmunizantes, sueros biológicos, sangre y plasma sanguínea.**
 - (j) Dispositivos, aparatos o sueros inyectables terapéuticos, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.**
 - (k) Supositorios de progesterona.**
 - (l) Suplementos vitamínicos.**
- 26. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa.**
- 27. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las coberturas de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.**
- 28. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.**

Definiciones

1. **ACCIDENTE:** Un trauma o lesión imprevista y fortuita que ocurre sin la intención del Asegurado, el cual implica un impacto externo y súbito en el cuerpo.
2. **DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL:** Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa, súbita e imprevista.
3. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
4. **ENDOSO:** Documento agregado a la póliza por Bupa y que forma parte de la misma, que aclara, explica, o modifica sus Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
5. **ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO:** Una alteración del organismo, cuya única causa es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables, que ponga en peligro la vida del Asegurado y/o que cause un daño permanente a un órgano vital. La existencia de dicha enfermedad o padecimiento será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de la Compañía, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.
6. **HONORARIOS DE ANESTESISTA:** Cargos de un médico anestesista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.
7. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
8. **SOLICITANTE:** La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura.
9. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por el Solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por Bupa para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La Solicitud de Seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la Compañía, historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, Bupa antes de la emisión de la póliza.

10. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o cirujano que ayudan al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
11. **HOSPITALES Y/O PROVEEDORES DE CONVENIO:** El Asegurado si así lo considera, podrá recibir la atención médica requerida con los médicos y hospitales con los que Bupa tenga convenio, quedando a la libre decisión del Asegurado optar con qué médico u hospital quiere obtener la atención médica cubierta por esta póliza. La lista de hospitales de convenio está disponible en USA Medical Services o en la página web, www.bupa.com.mx, y esta sujeta a cambio sin previo aviso.
12. **AÑO CALENDARIO:** Del 1ero de enero al 31o de diciembre del mismo año.
13. **CARÁTULA:** Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.
14. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
15. **COMPLICACIONES DE MATERNIDAD:** Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea en ningún caso son consideradas una complicación de la maternidad.
16. **CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:** Cualquier enfermedad o padecimiento existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
17. **PAÍS DE RESIDENCIA:** El país:
 - (1) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
 - (2) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.
18. **EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos en que la fecha actual del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha de cobertura para la madre Asegurada.
19. **CUIDADOS PERSONALES:** Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionadas por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.)

20. **DEDUCIBLE:** La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.
21. **CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.
22. **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** Servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones.
23. **DONANTE:** Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantadas en el cuerpo de otra persona (receptor).
24. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
25. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en la carátula de la póliza.
26. **EMERGENCIA:** Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado, si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
27. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.
28. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.
29. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual Bupa permitirá que la póliza sea pagada.
30. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.
31. **ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los Cuidados Personales.
32. **HOSPITAL:** Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la

supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

- 33. SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas locales, televisión, y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.
- 34. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO:** Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables..
- 35. LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
- 36. HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o padecimiento también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 37. ASEGURADO:** La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por Bupa. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Principal y todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
- 38. MÉDICAMENTE NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por USA Medical Services como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite); o
 - (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
 - (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
 - (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).
- 39. RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 40. ENFERMERO(A):** Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

- 41. HOSPITALES Y/O PROVEEDORES DE CONVENIO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** Grupo de hospitales y médicos con los que Bupa tiene celebrados convenios con el propósito de proporcionar beneficios de la cobertura de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos de convenio para Procedimientos de Trasplante está disponible en USA Medical Services y esta sujeto a cambio sin previo aviso.
- 42. SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requiere hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.
- 43. 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.
- 44. ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TITULAR:** El Solicitante nombrado en la Solicitud de Seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- 45. AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
- 46. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE:** Son aquellos padecimientos y/o enfermedades existentes que 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 hubiese sido diagnosticado mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Bupa cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

- 47. MEDICAMENTOS RECETADOS:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

48. **RECEPTOR:** La persona que ha recibido, o esta en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
49. **SERVICIOS DE REHABILITACION:** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial, y intelectual. Estos Servicios pueden incluir: cuidado medico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.
50. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.
51. **ANEXO:** Un documento añadido a la póliza por Bupa que agrega y detalla una cobertura opcional.
52. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.
53. **PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
54. **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Es el costo máximo que Bupa pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como: honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto por la póliza, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que Bupa tiene pactados con los hospitales, médico o cirujanos, de acuerdo al área geográfica donde se realice el tratamiento.
55. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.
56. **TABLA DE BENEFICIOS:** Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos, que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable, detallados en la carátula y condiciones generales de la Póliza.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0065-0607-2011 de fecha 23/11/2011.

Cómo funciona el proceso de reclamación

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

Cuatro razones para notificar a USA Medical Services al +1 (305) 275 1500, 01800 326 3339:

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

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

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

Después del tratamiento: Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestros médicos de USA Medical Services coordinarán cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y harán los trámites necesarios hasta que se procese el pago del reclamo.

La notificación: el primer paso en el proceso de reclamación

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

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

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

Si su médico le indica que debe consultar a un especialista o hacerse exámenes de diagnóstico:

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services.

La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

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

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o resúmenes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico o por fax.

El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

Si su médico le indica que necesita cirugía, tratamiento ambulatorio o ser hospitalizado:

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

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

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o resúmenes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez.

Una vez contemos con toda la información:

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

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

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

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

Si su médico recomienda terapia física o rehabilitación después de una cirugía:

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

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

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

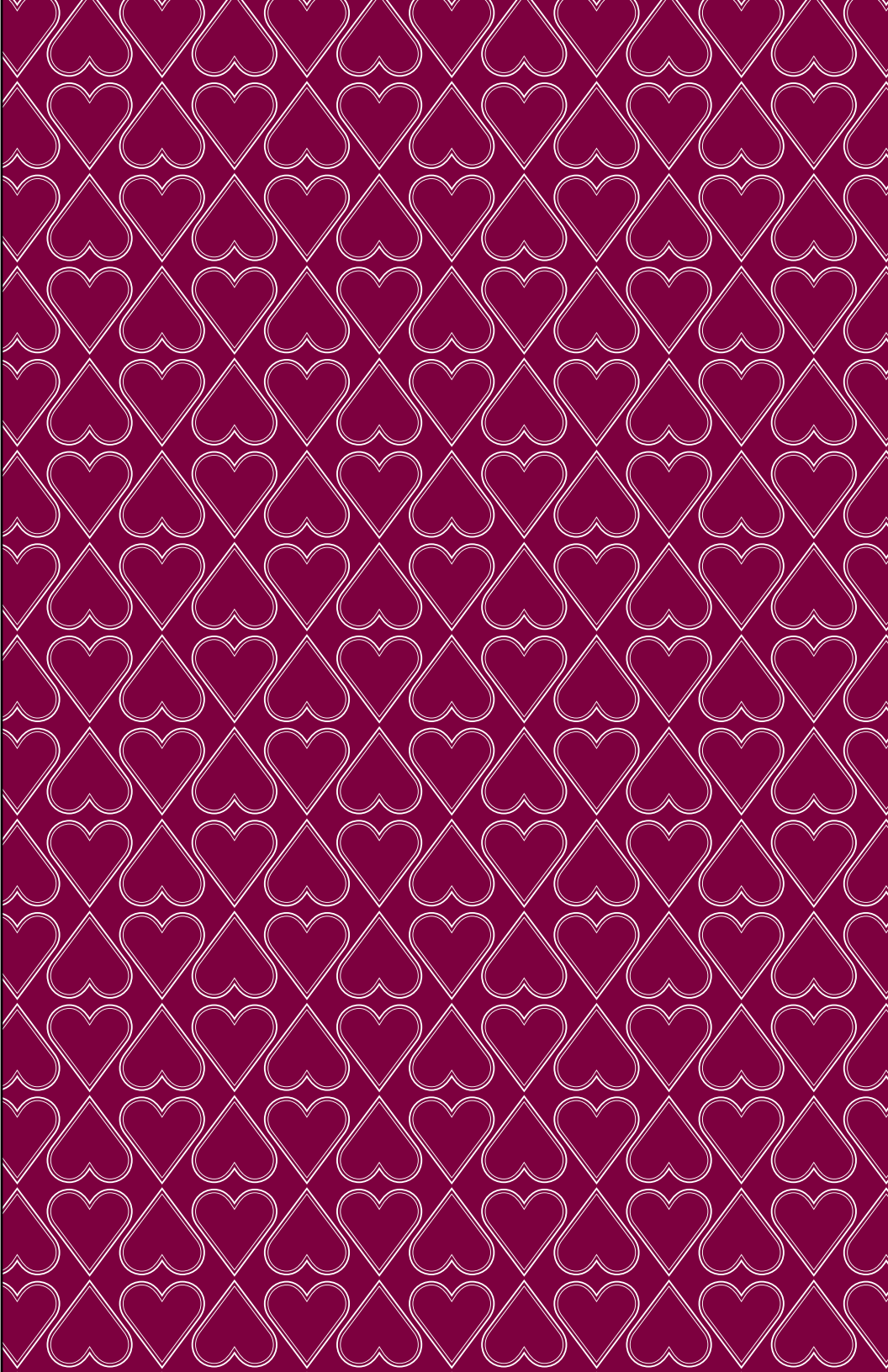
Cómo presentar una reclamación después de su tratamiento

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

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

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Formulario de transferencia bancaria
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Facturas, recibo de honorarios Médicos a nombre de:
BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Blvd. Manuel Ávila Camacho #88 piso 5,
Col. Lomas de Chapultepec, Distrito Federal, CP 11000
Número de Folio: B1151821
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la información a:

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 88 Piso 5
Col. Lomas de Chapultepec
México, D.F. C.P. 11000
Tel: (55) 5202-1701 ● Fax: (55) 5202-2097



Blvd. Manuel Ávila Camacho
No. 88 Piso 5
Col. Lomas de Chapultepec
C.P. 11000
México, D.F.
Tel. (55) 5202 1701
Fax (55) 5202 2097
www.bupa.com.mx



El mundo de Bupa

Bupa Diamond Care
Bupa Complete Care
Bupa Advantage Care
Bupa Secure Care
Bupa Essential Care
Bupa Critical Care
Bupa Total

BM-CG-BCRDIA-1011