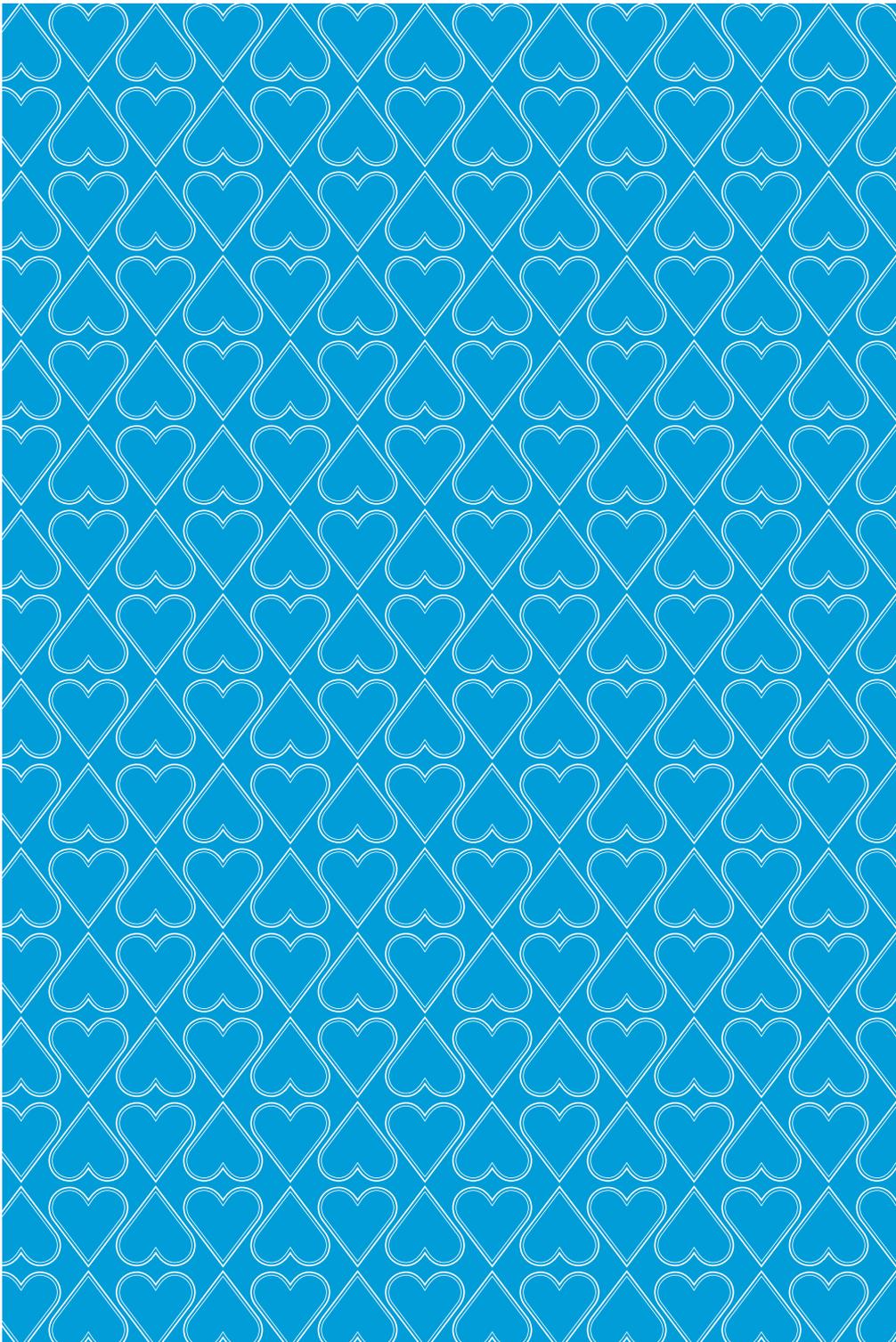




Guía para Asegurados

**IHI
PREMIER 1
MÉXICO
GOLD**

2016



CONTENIDO

EXPERIENCIA EN SALUD	2
Bienvenido a Bupa.....	3
USA Medical Services.....	4
Administre su póliza en línea	5
Su cobertura.....	6
Opciones de deducible	7
Para contactarnos.....	7
CONDICIONES.....	8
CONTRATO.....	8
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	13
GLOSARIO	27
AVISO DE PRIVACIDAD.....	31
LISTADO DE COBERTURAS.....	32
Tabla	33
SUPLEMENTO.....	36
¿Cómo funciona el proceso de reclamación?	36
Notificación: primer paso en el proceso de reclamo.....	37
Cómo solicitar un reembolso	39

EXPERIENCIA EN SALUD, DURANTE TODA LA VIDA

Bupa es una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de más de 29 millones de personas en más de 190 países alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 65 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejorar los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

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

NUESTRO OBJETIVO

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

NUESTRO PERSONAL

La experiencia de nuestro personal es esencial para ofrecer atención de salud de la mejor calidad. Bupa emplea a más de 79,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Nos distinguimos como una de las mejores empresas para trabajar, ya que alentamos a nuestro personal a que exprese sus opiniones sobre su experiencia laboral.

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir IHI Premier 1 México Gold 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 IHI Premier 1 México Gold, 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.

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

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

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

Tel: (55) 5202 1701

Correo electrónico:

servicioacliente@bupalatinamerica.com

Sitio web: www.bupa.com.mx

EMERGENCIAS MÉDICAS

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

Tel: 01 800 326 3339

Tel: +1 (305) 275 1500

Tel: 1 (800) 726 1203 (USA)

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

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

Montes Urales No. 745 1er piso

Col. Lomas de Chapultepec

México, D.F., C.P. 11000

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

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

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que

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

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

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services proporciona aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA

Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

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

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

En los EE.UU.:

+1 (305) 275-1500

Sin cobro desde los EE.UU.:

+1 (800) 726-1203

Correo electrónico:

usamed@bupalatinamerica.com

Fuera de los EE.UU.:

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

ADMINISTRE SU PÓLIZA EN LÍNEA

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

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

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

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

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

CLIENTE VIRTUAL

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

BUPA SE INTERESA POR EL MEDIO AMBIENTE

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

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

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

SU COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o Solamente en Latinoamérica, la cual incluye cobertura en el Caribe, México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica. Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a la aseguradora, donde esto también sea prohibido por las leyes del Reino Unido y/o Dinamarca. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

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

Deducible (US\$)					
250	500	1,000	2,000	5,000	10,000

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

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

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

PARA CONTACTARNOS

LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA

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

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

Tel: (55) 5202 1701

Correo electrónico:

servicioalcliente@bupalatinamerica.com

Sitio web: www.bupa.com.mx

EMERGENCIAS MÉDICAS

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

Tel: 01 800 326 3339

Tel: +1 (305) 275 1500

Tel: 1 (800) 726 1203 (USA)

usamed@bupalatinamerica.com

DIRECCIÓN POSTAL

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

Montes Urales No. 745 1er piso

Col. Lomas de Chapultepec

México, D.F., C.P. 11000

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

1 CONTRATO

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

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

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

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

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad y antes de cumplir 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 la necesidad

de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

2 VIGENCIA

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

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

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

3 PERÍODOS DE ESPERA

- 3.1** El derecho de indemnización entrará en vigor cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Sin embargo,

este período de espera no se aplica cuando el Asegurado pueda probar la transferencia simultánea de un seguro equivalente con cobertura internacional con otra compañía de seguros autorizada o en caso de renovación de la póliza.

- 3.1.1** El derecho de indemnización en caso de accidentes, enfermedades graves y agudas y lesiones graves, serán efectivos a partir de la fecha de inicio de la póliza.

- 3.1.2** En los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas y/o complicaciones, el derecho de indemnización entrará en vigor después de diez (10) meses, contados a partir de la fecha de inicio del seguro de la madre asegurada.

Los períodos de espera no aplican, tratándose de accidentes que, habiendo causado una lesión demostrable, hagan necesaria una hospitalización inmediata, tales como politraumatismos y enfermedades de origen infeccioso, así como infartos y enfermedades cerebro vasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente, en las que después de una evaluación médica se compruebe que la vida del asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de Bupa.

Los períodos de espera tampoco operan tratándose de emergencias.

4 PERÍODO DE BENEFICIO

- 4.1** Bupa tendrá la obligación de

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

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

5 ALTAS, CAMBIOS Y MODIFICACIONES

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

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

5.3 En caso de adopción, el Asegurado deberá presentar una Declaración de Salud a nombre del niño adoptado.

5.4 El Asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura a partir del aniversario siguiente de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes a “Bupa”.

5.4.1 Si el cambio significara una ampliación de cobertura, “Bupa” la considerará como una nueva solicitud debiendo presentar el Asegurado, una nueva Declaración de Salud, la cual estará sujeta a la evaluación y aceptación por parte de “Bupa”. En caso de aceptación, para la cobertura de maternidad y de recién nacido, aplicará un nuevo período de espera de 10 (diez) meses, contados a partir de la fecha del cambio. Durante el período de espera establecido, los beneficios por maternidad pagaderos estarán sujetos a los términos y condiciones anteriores.

6 TERRITORIALIDAD

6.1 El seguro ofrece cobertura en territorio de la República Mexicana y en el extranjero.

6.2 Cobertura Geográfica: Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán, Corea del Norte, ni cuando esté prohibido para Bupa otorgar cobertura por disposición de ley por razones de residencia o nacionalidad del asegurado. La lista de países excluidos de la cobertura podrá ser modificada previo aviso que Bupa dé al asegurado titular y/o contratante. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.

7 ALCANCE DEL SEGURO

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

La Suma Asegurada es por persona y por año póliza.

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

7.1.1 Durante cada año de vigencia de la póliza, únicamente se aplicará (1) un deducible por Asegurado y por año póliza, sin embargo, se aplicarán como máximo la suma de los 2 (dos) deducibles de mayor cuantía por año póliza por familia.

7.2 Cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual elegido indicado en la carátula de la póliza, el importe reembolsable

por los gastos procedentes, será pagado por Bupa. Los montos que se aplicarán al deducible por los gastos efectuados serán hasta el límite máximo por cada beneficio establecido en el Listado de Coberturas.

7.2.1 Cada hospitalización en los Estados Unidos de América, está sujeta a un coaseguro. Cuando se hayan agotado tanto el deducible elegido como los límites específicos determinados, “Bupa” reembolsará el 80% de los primeros USD 5.000 y el 100% de la suma que exceda los USD 5.000; hasta el límite máximo por cada beneficio establecido en el Listado de Coberturas.

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

7.2.2 En caso de un accidente grave, no se aplican ni el deducible ni el coaseguro para el periodo de la primera hospitalización.

7.3 “Bupa” solo cubrirá los honorarios de los médicos, especialistas, etc., que cuenten con autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado por las autoridades de sanidad pública del país de que se trate.

7.4 En ningún caso, el importe de la indemnización excederá el de la factura. Si el Asegurado recibe una cantidad por parte de “Bupa” que exceda el importe que le corresponda, el Asegurado estará obligado a devolver de inmediato a “Bupa” la suma excedente; en caso

contrario, “Bupa” deducirá el saldo pendiente de cualquier otra cuenta por pagar que exista entre el Asegurado y “Bupa”.

7.5 El pago de la indemnización estará limitado a los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables, para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.

8 AMBULANCIA AÉREA

8.1 La cobertura de Ambulancia Aérea está sujeta a las condiciones que se citan a continuación:

8.1.1 Se cubren los gastos incurridos por el Asegurado de acuerdo con los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave y/o accidente grave. El transporte se realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

8.1.2 Los gastos de ambulancia aérea a consecuencia de un transporte amparado por el seguro, solo serán cubiertos si dicho transporte es organizado por “Bupa”.

8.1.3 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de “Bupa” se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al Asegurado, así como también sobre el lugar al que el Asegurado debe ser transferido; ya sea a su país de residencia, al país de origen, o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.

8.1.4 La póliza cubrirá los gastos de acuerdo a los Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables por concepto de transporte aéreo incurridos por una persona para acompañar al Asegurado.

8.1.5 Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza.

8.1.6 La cobertura de Ambulancia Aérea será efectiva únicamente si la enfermedad y/o accidente está cubierta por la póliza.

8.1.7 Si el Asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del Asegurado y de la persona acompañante –si la hubiera- al domicilio del Asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica por persona.

8.1.8 En caso que el Asegurado haya alcanzado la fase terminal, después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les reembolsarán a él (ella) y a la persona acompañante – si la hubiera – los gastos de regreso al lugar de residencia del Asegurado.

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

a) Gastos por incineración del Asegurado y transporte de la urna, o

b) Transporte del Asegurado. En este caso se cubrirá el empaque de zinc.

Los reembolsos se cubrirán a la persona que haya erogado los gastos y presente las facturas por los importes correspondientes, así

como la documentación que respalde el cumplimiento de las imposiciones legales.

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

9 EXCLUSIONES

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

9.2 Además, “Bupa” no será responsable de la indemnización de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia, así como de las complicaciones de los mismos:

- a) Toda cirugía y/o tratamientos estéticos, a no ser que hayan sido médicamente prescritos en relación con una enfermedad o accidente cubierto y hayan sido aprobados por “Bupa”;
- b) Operaciones por obesidad, a menos que hayan sido médicamente prescritas en relación con el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto y hayan sido preaprobadas por “Bupa”;

- c) **Enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo) y cualquier complicación de las mismas. No obstante, se cubrirán las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) en el caso de que hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio del seguro, o en el caso de un accidente ocurrido durante la realización del trabajo de las siguientes actividades y profesiones: médicos y odontólogos, enfermeras, personal de laboratorio, auxiliares hospitalarios, asistentes médicos y odontológicos, ambulancieros, bomberos, policías y carceleros. El Asegurado deberá, no obstante, informar a “Bupa” de tal accidente antes de transcurridos catorce (14) días y entregar un test de anticuerpos VIH negativo;**
- d) Enfermedades o accidentes originados a consecuencia del abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
- e) Lesión física que el Asegurado se ocasione intencionalmente o por culpa grave;

- f) Métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;**
- g) Aborto provocado a no ser que sea médicamente necesario y prescrito por un médico;**
- h) Todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo los gastos de embarazo.**
- i) Tratamientos de disfunción sexual;**
- j) Cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estancias o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;**
- k) Tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos y cualquier otro método de tratamiento alternativo, a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas; así como tratamientos mentales, cuyo único propósito sean procedimientos llevados a cabo por psicólogos**
- l) Exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas, incluyendo vacunaciones, inyecciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para empleo o viaje;**
- m) Tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;**
- n) Tratamiento por enfermedades o lesiones causadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en:**
 - Guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas, con o sin declaración de guerra;**
- o) Reacciones nucleares o lluvias radiactivas;**
- p) Tratamiento suministrado por el Asegurado y/o cualquier persona unida por vínculos jurídicos y/o biológicos con el Asegurado o cualquier tratamiento**

recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con cualquiera de las personas citadas;

- q) El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos;
- r) Medicamentos –bien sean suministrados mediante inyección o de otra manera –, artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización a no ser que estén especificados en el Listado de Coberturas;
- s) Hospitalización, si el objeto único de la misma es la administración de medicamentos y si el tratamiento podía llevarse a cabo durante un tratamiento ambulatorio en alguna clínica u hospital así como tratamientos suministrados por un terapeuta o profesional en prácticas médicas alternativas.
- t) Padecimientos congénitos, a menos que hayan sido declarados en la solicitud y aceptados por “Bupa”

haciendo constar dicha aceptación en la póliza o de menores nacidos de una maternidad cubierta e incluidos en la póliza dentro del plazo establecido.

- u) Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

10 PAGO DE RECLAMACIONES

10.1 En caso de que se presente la realización de un evento, el Asegurado deberá dar el aviso correspondiente a “Bupa” de inmediato o dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su ocurrencia, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso dicho aviso deberá darse tan pronto desaparezca el impedimento.

En caso de solicitud de reembolso, deberá llenarse el formulario denominado FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO. Dicho formulario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado y por el médico tratante y en su caso, ir acompañado de las facturas o recibos originales que reúnan los requisitos fiscales u oficiales que exijan las leyes del país de que se trate y denominadas en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar. Las fotocopias no serán consideradas como documentación válida.

“Bupa” pagará al Asegurado Titular o al proveedor de servicios médicos, según corresponda, los gastos cubiertos después de aplicar el deducible y coaseguro que corresponda y conforme a los límites establecidos en el Listado de Coberturas.

10.2 BENEFICIO DE ATENCIÓN PROGRAMADA

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

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

USA MEDICAL SERVICES puede ser contactada a tarves de los siguientes números de teléfono:

En México:

5202-1701

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 8003263339

Sin cobro desde los EE.UU.:

1-800-726-1203

En los EE.UU.:

(305) 275-1500

Correo electrónico a:

usamed@usamedicalservices.com

Todo aviso o notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail. “Bupa” reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

En caso de muerte del Asegurado Titular, “Bupa” pagará cualquier beneficio pendiente de pago a quien acredite haber realizado los gastos.

NOTA: USA Medical Services es un proveedor contratado por BUPA para la coordinación de atención y administración de siniestros y

cualquier servicio que preste a los asegurados de Bupa NO presume la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro, así tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.”

11 PAGO DE LA PRIMA

- 11.1:** El contratante se obliga a pagar la prima de la póliza, la cual se calcula según la edad del Asegurado y es determinada por “Bupa” de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada Período de Seguro. “Bupa” podrá ajustar las primas una vez al año en la fecha de aniversario de la póliza. El contratante deberá pagar la prima y las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza y el impuesto al valor agregado (IVA) en las oficinas de “Bupa” o a través de los medios de pago que Bupa ponga a su disposición en la fecha de su vencimiento. El contratante del seguro podrá elegir entre pagos semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.
- 11.2:** La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato. El contratante de la póliza podrá elegir entre pagos semestrales o anuales, aplicándose a la
- primer forma de pago mencionada, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada en la fecha de celebración del contrato.
- 11.3:** Los cambios en el término de pago mencionados en el punto 11.2 podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.
- 11.4:** Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella que corresponda en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo.
- 11.5:** En caso de fallecimiento del titular de la póliza, “Bupa” eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por doce meses, contados a partir del siguiente vencimiento de la prima o fracción de ésta, a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza de acuerdo a lo indicado en el punto 11.5.2.
- 11.5.1:** Para que aplique el beneficio mencionado anteriormente, la muerte deberá haber sido causada por una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza.
- 11.5.2:** La exención del pago de la prima será válida únicamente para el (la) cónyuge o concubina/o y sus hijos que permanezcan Asegurados bajo la póliza existente; y cesará automáticamente en caso de que el (la) cónyuge o concubina/o sobreviviente contraiga matrimonio.

12 INFORMACIÓN NECESARIA PARA BUPA

12.1: 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 titular del seguro o de cualquier Asegurado en la póliza. “Bupa” no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Titular del seguro y/o los Asegurados hayan omitido notificarle a “Bupa” tales sucesos.

12.2: El Asegurado también estará obligado a proveer a “Bupa” cualquier información disponible y necesaria para la tramitación, por parte de “Bupa”, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a “Bupa” a rescindir la póliza sin la necesidad de declaración judicial, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

13 RENOVACIÓN, CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

13.1: “Bupa” se obliga a renovar el contrato en forma automática en las condiciones generales que prevalezcan para la nueva vigencia, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, . En cada renovación, la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula 10, se aplicará de acuerdo a la edad del Asegurado y coberturas correspondientes.

Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan en la fecha de renovación y que están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 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 caso que “Bupa” suspenda la operación de este Plan, ofrecerá al contratante alguno similar de entre 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.

13.1.1: La póliza podrá ser cancelada por el Asegurado Titular del seguro previo aviso por escrito a “Bupa” de treinta días y esta devolverá la prima pagada a prorrata por la parte no devengada. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas.

- 13.2:** En caso de que el Contratante, el Asegurado Titular del seguro o el Asegurado al momento de la suscripción de la solicitud del seguro hayan alterado documentos originales o le hayan proporcionado información incorrecta a “Bupa” o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la misma, el contrato de seguro quedará rescindido de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 13.3:** En caso de que el Contratante, el Asegurado Titular del seguro o el Asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud del seguro, hayan dado cualquier información incorrecta o inexacta, o hayan omitido hechos importantes para la apreciación del riesgo, el contrato de seguro se rescindirá de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- 13.4 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.**
- 13.5** Con la terminación de la póliza, terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro estarán cubiertas durante un plazo de treinta (30) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia del seguro.
- 13.6** El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.
- 13.7** Será causa de terminación anticipada del presente Contrato, sin responsabilidad para Bupa, si el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, fuere condenado por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien es mencionado en las listas como las que emite la OFAC (Office Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrado en la comisión de los delitos señalados.
- En caso que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, Bupa la rehabilitará, por el periodo de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad del Contrato de Seguro que se está rehabilitando.”

14 REHABILITACIÓN

- 14.1** En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el

Contratante o Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de la póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- 1.- El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a la Institución.
- 2.- El (los) Asegurado (s) cumplan (n) con los requisitos de asegurabilidad de la Institución.

14.2 La Institución comunicará por escrito al contratante o Asegurado la aceptación o rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 días contados a partir de la solicitud de rehabilitación, si pasado este lapso La Institución no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.

14.3 En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, La Institución otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

15 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

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

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

16 RENOVACIÓN GARANTIZADA

16.1 Bupa garantiza que a ningún asegurado se le podrá negar la renovación de su póliza por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido

pagadas en los plazos estipulados, salvo que el contratante o asegurado notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarlo, cuando menos con 20 días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

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

16.3. Bupa informará al contratante o al asegurado, con al menos treinta días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza, los valores de la prima, deducible y coaseguro aplicables a la misma.

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

16.5. En caso de que el asegurado cambie de Residencia u Ocupación la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Bupa.

17 COMPETENCIA

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

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11800, México, D.F. Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339 Correo electrónico: UEAP@bupalatiname-rica.com

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

17.1.1 CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

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

Si un Asegurado permanece en EE.UU. o en cualquier país del extranjero, en forma continua por más de ciento ochenta (180) días, durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365), sin importar el tipo de visa que le haya sido emitido, la cobertura de esta póliza será a través del Administrador USA MEDICAL SERVICES hasta la siguiente fecha de renovación, en que la póliza terminará automáticamente.

18 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

18.1 *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. La Agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta póliza, si dicha agravación resulta esencial, y si el Asegurado omitiere dar aviso de la agravación esencial o si éste último la provocara, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.*

19 PRESCRIPCIÓN

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

19.2: La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

19.3 Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Bupa.

20 MONEDA

20.1 Los pagos que las partes deban realizar conforme a esta póliza se efectuarán en dólares o en su

equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se efectúe el pago, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

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

21 MODIFICACIONES

21.1 Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre “Bupa” y el contratante, mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

21.2: Los agentes o cualquier otra persona no autorizada para “Bupa”, no tienen facultades para hacer modificaciones o concesiones sobre la póliza.

21.3 ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordan 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.

22 EDAD

22.1 El límite de edad de aceptación para este Contrato es hasta los 74 años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con

protección garantizada de por vida de acuerdo a lo estipulado en el punto 13 de Renovación, Cancelación, Rescisión y Terminación.

22.2: Si al momento de celebrar este contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, “Bupa” hará la anotación correspondiente y no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

23 INDEMNIZACIÓN POR MORA

23.1 En caso de que “Bupa”, no obstante haber recibido toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse a su satisfacción las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los 30 días siguientes a partir de dicha recepción, en 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 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de

este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en

juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por

mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

24 ARBITRAJE MÉDICO

24.1 En caso de que “Bupa” declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar en acudir ante un arbitraje médico privado.

24.2: “Bupa” acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante un

árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncian a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

24.3: El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él y deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

24.4: Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por “Bupa”.

25 INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

25.1 Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Bupa le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución 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.

26 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

26.1 Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y

dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si Bupa o USA Medical Services y consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado de forma conjunta entre los proveedores en convenio de la Institución y en común acuerdo entre el asegurado, La Institución y 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 quirúrgica de un médico seleccionado de forma conjunta entre los proveedores en convenio de la Institución y en común acuerdo entre el asegurado, La Institución 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.

27 PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN (AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD)

27.1 Cuando se presente el momento de hacer uso de su seguro, es necesario que avise a Bupa del accidente y enfermedad que se presenta a través del Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad disponible para usted en <http://www.bupa.com.mx>”.

Cuando se trate de la programación de un servicio médico de forma anticipada, haremos lo posible por otorgar los beneficios contratados a través de pago directo con el proveedor médico que usted haya indicado, de conformidad con las presentes condiciones generales. En caso contrario y siempre que la

cobertura sea procedente, usted podrá presentar su solicitud de reembolso de gastos médicos cubiertos.

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

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web <http://www.bupa.com.mx>.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico y que permitan a Bupa conocer las circunstancias en las que se presentó el siniestro, solo como ejemplo:
 - Reporte del médico, resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales comprobantes del pago realizado, como son de manera enunciativa mas no limitativa: facturas y/o recibo de honorarios médicos, los cuales deberán estar emitidos a nombre del Contratante o del Asegurado (en caso de ser menor de edad, podrán estar a nombre del tutor o quien ejerza la patria potestad), o a nombre de BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., RFC: BMS030731PC4, Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F., C.P. 11000 (Número de Folio: B1151821).

Favor de remitir los documentos originales, formatos y comprobantes de pago a:

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

28 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

28.1 La carátula de esta póliza, las condiciones generales, endosos y recibos, serán enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB siempre y cuando el Contratante o Asegurado haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

No obstante lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a este seguro estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del contratante y /o asegurado previamente a su contratación en la página de internet **www.bupa.com.mx**.

Queda expedito el derecho del Contratante o asegurado para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.

GLOSARIO

Accidente: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Para los padecimientos de nariz, ligamentos, columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura según aplique, o politraumatismos. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.

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

Ampliación de Cobertura: Reducción del Deducible y/o Cambio de plan a uno superior.

Asegurado: El titular del seguro y/o todas las demás personas aseguradas tal como aparecen indicadas en la póliza de seguro.

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

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

Coaseguro: El porcentaje de los gastos médicos que el Asegurado debe pagar, cuando sea hospitalizado en los Estados Unidos.

Condiciones de la Póliza: Condiciones y términos del contrato de seguro.

Condiciones especiales: Son las restricciones, limitaciones y

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

Condiciones generales: Son las condiciones del seguro de “Bupa”, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

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

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

Deducible: La suma total de dinero indicada en la póliza de seguro y que cada Asegurado está de acuerdo en pagar por cada año póliza antes de ser indemnizado por “Bupa”.

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

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

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

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

Enfermedad grave y aguda: Sólo se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación Médica y que se compruebe que la vida del Asegurado está en peligro y/o que se cause un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de “Bupa”.

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

Familia: El (la) Asegurado Titular y su cónyuge o concubinario y sus hijos menores de 24 años incluidos en la póliza.

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

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

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

Fecha de vencimiento de la prima: Fecha en la cual debe pagarse la prima.

Gasto Usual, Acostumbrado y Razonable: Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica, y de acuerdo con los tabuladores que Bupa tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores de convenio.

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

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

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

Padecimientos preexistentes: Los padecimientos preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Los que son declarados al momento de llenar la solicitud de seguro:
 - i. Si el Asegurado NO ha presentado síntomas, signos o tratamiento por un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, se cubrirán después de transcurrido el período de espera de sesenta (60) días.
 - ii. Si el Asegurado SI ha presentado síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, los gastos por tales padecimientos, se cubrirán después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza.

(b) Los que no son declaradas y son conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro: Estos padecimientos preexistentes NUNCA estarán cubiertos durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa rescindirá la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

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

Período de espera: *Período de tiempo, a partir de la fecha de inicio de la póliza,*

donde el seguro no otorga cobertura; a excepción de lo especificado en el punto 3 de las presentes Condiciones Generales.

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

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

Seguro: Condiciones Generales de la Póliza, carátula de la póliza y endosos o condiciones especiales del mismo que representan el contrato con “Bupa” y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso y que se emiten con base en la solicitud y declaraciones de salud hechas por el contratante y/o Asegurados.

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

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

Solicitante: La persona indicada en el Formulario de Solicitud y en la Declaración de Salud como solicitante del seguro.

Solicitud: El Formulario de Solicitud y la Declaración de Salud.

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

Suma asegurada por persona por año

póliza: Monto en millones de dólares americanos por persona y por año póliza, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los Gastos Médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el Extranjero, por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la Póliza.

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

Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por persona por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes o enfermedades cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva

vigencia, por accidentes o enfermedades cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes o enfermedades cubiertos que por sí mismos, hubieran agotado la suma asegurada por persona por año.

Beneficio máximo de la cobertura

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

Titular del seguro: Persona identificada como tal en el Formulario de Solicitud y en cuya provisión se extiende esta póliza.

Tratamiento ambulatorio en clínica u

hospital: Tratamiento en clínica u hospital por un período menor a 24 horas.

AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD: La información personal proporcionada por el Asegurado titular de la información (“EL TITULAR”), consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que Bupa recolecte o haya recolectado por cualquier vía incluyendo electrónicamente, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por sí 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 de seguro celebrado, al cual se incorpora el presente aviso como parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.

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

Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios que se hubiesen con el Titular.

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 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.

Bupa dará respuesta a dicha solicitud, en un plazo máximo de veinte (20) días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los quince (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.

LISTADO DE COBERTURAS

IHI PREMIER 1 MÉXICO GOLD

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

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

Todas las cantidades están expresadas en USD (Dólares americanos).

COBERTURA MÁXIMA	Gold
Suma Asegurada máxima; por persona, por año de póliza	\$1.5 millones
Hospitalización	Gold
<p>Tratamiento a través del administrador USA MEDICAL SERVICES:</p> <p>Si se elige esta opción, todos los beneficios de hospitalización abajo mencionados serán cubiertos en su totalidad.</p> <p>El número de días máximos y reglas de pre-aprobación indicados a continuación serán siempre aplicables.</p> <p>El tratamiento a través del administrador deberá ser pre-aprobado por la Compañía.</p>	100%
Tratamiento no programado a través del Administrador USA Medical Services: Si la clínica u hospital elegido no ha sido programado por USA Medical Services, los gastos serán reembolsados de acuerdo a las siguientes tarifas de reembolso	
Honorarios de médicos por servicios quirúrgicos y médicos.	100%
Habitación estándar y alimentación del asegurado, por día por un máx. de 240 días consecutivos.	1.000
Habitación en cuidados intensivos, por día.	3.000
Servicios afines: enfermería, honorarios de quirófano, medicinas y vendajes.	100%
Alojamiento en el hospital para un familiar que acompaña a una persona asegurada, por día.	300
<p>Rehabilitación en ingreso (en hospital o centro de rehabilitación) médicamente prescrito a causa de enfermedad o de accidente.</p> <p>Máximo por día todo incluido.</p> <p>Por un máx. de 30 días por incidente.</p> <p>Toda rehabilitación en ingreso deberá ser preaprobada por la compañía.</p>	525
Tratamiento médico y análisis.	100%
Tratamiento de emergencia debido a una enfermedad o accidente.	100%
Prótesis, dispositivos de corrección y artículos médicamente requeridos e implantados durante cirugía.	100%
<p>Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente, siempre y cuando tal tratamiento tenga lugar durante los 30 días posteriores a la hospitalización respectiva.</p> <p>En caso de duda, se dejará la decisión a cargo del consultor odontológico de la Compañía.</p>	100%
Un Coaseguro será aplicado en todas las hospitalizaciones en los Estados Unidos.	
OTROS BENEFICIOS	Gold
Tratamiento de quimioterapia/medicina y radiación por cáncer.	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia Renal.	100%

OTROS BENEFICIOS	Gold
Trasplante de órganos; máx., vitalicio por diagnóstico y por curso de tratamiento, todo incluido. Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos. La obtención del órgano deberá ser pre-aprobada por la Compañía.	600.000
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización por accidente o enfermedad. Máx. por día, todo incluido. Limitado a 30 días por incidente. El servicio de enfermera en el hogar deberá ser pre-aprobado por la Compañía.	250
Hospicio y Cuidados terminales. Admisión de día, tratamiento en ingreso o ambulatorio. Máx. por año de póliza Los servicios de hospicio y cuidados terminales deberán ser preaprobados por la compañía.	10.000
Ambulancia local terrestre como transporte al y del hospital.	100%

MATERNIDAD	Gold
Parto normal, parto complicado y cesárea electiva; incluyendo tratamientos pre y postnatales.	7,500
Cesárea médicamente prescrita; incluyendo tratamientos pre y postnatales.	10,000
Habrá un período de espera de diez meses antes de que los servicios de maternidad sean reembolsables. Esta cobertura aplica también para dependientes de la póliza.	

Tratamientos ambulatorios	Gold
Médicos, especialistas y/o psiquiatras Máx. 30 consultas por año de póliza.	Los tratamientos ambulatorios recibidos en América Latina, sin incluir México, se cubrirán al 100% y en el resto del mundo incluyendo México, se cubrirán al 80%.
Intervención quirúrgica en consultorio.	
Análisis de laboratorio, radiografías, endoscopias (gastroscopias, colonoscopias, cistoscopias, p. ej.) electrocardiogramas, ecocardiografías, biopsias y exámenes de ultrasonido.	
Escanes de IRM, TAC y TEP.	
Terapias; consultas y tratamientos con especialistas, inclusive: fisioterapeutas, quiroprácticos, osteopatas, acupunturistas, homeópatas, terapia ocupacional, y terapia del lenguaje a corto plazo y médicamente prescrita (en relación con enfermedad o lesión). Máx. 60 consultas por año de póliza.	
Consulta con dietista autorizado, médicamente prescrita. Máx. 4 consultas por año de póliza.	

Tratamientos ambulatorios	Gold
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria a propósito de un tratamiento cubierto Máx. por persona, por año de póliza. La medicina debe de tener relación con el diagnóstico tratado y la prescripción del hospital debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso.	1,000
Medicamentos prescritos en relación a un tratamiento ambulatorio cubierto. Máx. por persona por año de póliza. La prescripción debe acompañar al Formulario de Solicitud de Reembolso. No se cubrirán medicamentos que puedan ser adquiridos sin prescripción médica.	400
AMBULANCIA AÉREA	Gold
Servicios de traslado.	100%
Transporte al lugar de tratamiento más apropiado y cercano en caso de enfermedad grave y aguda o de una lesión grave, y de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.	100%
Los gastos de un familiar o amigo que acompañe al asegurado durante el transporte.	100%
Los gastos del viaje de regreso, una vez finalizado el tratamiento, al lugar desde el cual el asegurado fue trasladado; tanto para el asegurado como para la persona acompañante.	100%
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido y diligencias legales; tales como embalsamamiento y ataúd de zinc.	100%
Los servicios de traslado deberán ser preaprobados y organizados por Bupa.	

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de enero de 2015, con el número CNSF-S0065-0567-2015 de fecha 02 de diciembre de 2015.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

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

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

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

ANTES

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

DURANTE

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

DESPUÉS

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

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

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

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

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupa.com.mx
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Recibo de Honorarios Médicos, Enfermeras y Medicamentos a nombre de:
 - Asegurado, ó;
 - Asegurado Titular (en caso de ser menor de edad), ó;
 - Contratante, ó;
 - El resto de los gastos a nombre de:
 - **BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.**
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Montes Urales No. 745 1er piso
 Col. Lomas de Chapultepec
 México, D.F., C.P. 11000
Número de Folio: B1151821
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:

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

Bupa México Compañía de Seguros,
S.A. de C.V
Montes Urales No. 745 1er piso
Col. Lomas de Chapultepec
C.P. 11000
México, D.F.
Tel. (55) 5202 1701
www.bupa.com.mx