

CONDICIONES
GENERALES
SEGURO
BÁSICO
ESTANDARIZADO
INDIVIDUAL

CONTENIDO

1. Definiciones	4
2. Objeto del Seguro	7
3. Descripción de la Cobertura	7
4. Siniestros y Pagos de Reclamaciones	10
5. Cláusulas Generales	10

1. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1 ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

1.2 ASEGURADO

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de esta.

1.3 COBERTURA

Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Tiene como objeto cubrir los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos erogados en territorio nacional.

1.4 LA COMPAÑÍA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., la cual está constituida de acuerdo con las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

1.5 CONSULTA

Relación Médico-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.

1.6 CONTRATANTE

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

1.7 CONTRATO DE SEGURO

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración de este.
- f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.

1.8 COPAGO

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos.

1.9 DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Cónyuge o Concubino e hijos del Asegurado, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

1.10 DIAGNÓSTICO

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete.

1.11 EDAD

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

Edad de Aceptación:

Mínima de Admisión: 0 años

Máxima de Aceptación: 64 años

Máxima de Renovación: Vitalicia

- 1.12 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO**
Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.
- 1.13 ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE**
Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del paciente, realizados por instituciones autorizadas para tal efecto.
- 1.14 EXPEDIENTE MÉDICO**
Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la Aseguradora. Asimismo, conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.
- 1.15 FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA**
Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por La Compañía, (pólizas, endosos o recibos) en la que el Asegurado fue integrado mediante un contrato de seguros que opera Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.
- 1.16 FECHA DE INICIO DE COBERTURA**
Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.
- 1.17 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA**
Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
- 1.18 FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA**
Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.
- 1.19 GASTO MÉDICO**
El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.
- 1.20 GASTOS MÉDICOS CORRECTIVOS**
Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por consultas médicas y estudios de laboratorio y gabinete a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes Condiciones Generales.
- 1.21 GASTOS MÉDICOS PREVENTIVOS**
Consultas, Exámenes Médicos y/o Estudios de Laboratorio y Gabinete, periódicos especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud.
- 1.22 LUGAR DE RESIDENCIA**
Lugar donde el Asegurado radica permanentemente (domicilio habitual). Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.
- 1.23 MÉDICO**
Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional.
- 1.24 MÉDICO DE PRIMER CONTACTO**
Médico de la Red de La Compañía que puede ser Médico General, Médico familiar, gineco-obstetra o pediatra, que presta sus servicios médicos a los Asegurados.
- 1.25 MÉDICO ESPECIALISTA**
Médico de la Red de La Compañía que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer

una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los Asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

1.26 PAGO DIRECTO

Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato respectivo.

1.27 PERIODO DE GRACIA

Plazo que La Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aún cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

1.28 PLAN

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

1.29 PÓLIZA

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

- (a) **Carátula de Póliza.**- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
 1. Nombres y firmas de los representantes de La Compañía
 2. Nombre y domicilio del Contratante
 3. La designación de las personas aseguradas
 4. La naturaleza de los riesgos transferidos
 5. Fecha de inicio y fin de la vigencia
 6. Lista de Endosos incluidos
 7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles, Copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
 8. Cobertura Contratada
 9. Prima del seguro
 10. Montos de suma asegurada o tipo de plan
- (b) **Condiciones Generales.**- Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- (c) **Endosos.**- Documento generado por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.30 PREEXISTENCIA

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- (a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete. O por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- (b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- (c) 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.

1.31 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

1.32 RECLAMACIÓN O SOLICITUD DE SERVICIOS

Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato de Seguro a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza, establecidas en las condiciones.

1.33 RECIBO DE PAGO

Es el documento expedido por La Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

1.34 RED MÉDICA

Conjunto de Prestadores de Servicios Médico y Hospitalarios que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura que, asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al Asegurado la opción de elegir libremente cuales de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

1.35 REEMBOLSO

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza.

1.36 SALUD

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

1.37 SOLICITUD

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

1.38 SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

1.39 SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad de La Compañía por cada Evento cubierto, de acuerdo con lo estipulado en la Carátula de la Póliza que forma parte de este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

1.40 TERRITORIO

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional denominado “Estados Unidos Mexicanos”.

1.41 TRATAMIENTO MÉDICO

Conjunto de acciones y/o procedimientos que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

2. OBJETO DEL SEGURO

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., en adelante denominada La Compañía, se obliga a cubrir al Asegurado los beneficios especificados en la Descripción de cobertura (Sección 3), siempre y cuando ocurra el evento cubierto durante la vigencia de la Póliza y se cumpla con lo establecido en el numeral 4.

3. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Objeto

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de Gastos Médicos Preventivos y consultas de Gastos Médicos Correctivos, en territorio nacional especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tienen derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Los Gastos Médicos Correctivos, estudios de laboratorio y gabinete, Consultas o Exámenes Médicos cubiertos podrán realizarse con los Médicos o instituciones elegidos por el Asegurado o los mencionados en la relación que se muestra en el folleto explicativo de La Compañía.

Módulo	Edad	Consultas			Estudios de Laboratorio o Gabinete		
		Número	Suma Asegurada Máxima	Copagos	Concepto	Suma Asegurada Máxima	Copagos
Preventivo	0 a 17	3	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*			
	18 a 40	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	a) Biometría hemática b) Examen general de orina c) Química sanguínea de 3 elementos.	8 SMDGVDF*	20%
	41 o más	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Hombres: a) Examen general de orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría hemática d) Antígeno prostático mujeres. Mujeres: a) Examen general de orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría hemática d) Papanicolaou	20 SMDGVDF*	20%
Correctivo	Todas	3	Primer Contacto: 4 SMDGVDF* Especialista: 8 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Lo que el médico indique	20 SMDGVDF*	20%

Nota: (*) SMDGVDF, Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal.

3.1 GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS

GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS CUBIERTOS:

Mediante esta cobertura el Asegurado tendrá derecho, en cada año Póliza, a los siguientes beneficios de Gastos Médicos Preventivos:

1. Para Menores de 18 años.
Tres Consultas
2. A partir de 18 años y 1 día antes de 41 años.
Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:
 - a) Examen General de Orina
 - b) Biometría Hemática y
 - c) Química Sanguínea de tres elementos

- 3 A partir de 41 años:
Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:

Para varones:

- a) Examen General de Orina
- b) Química Sanguínea de 5 elementos
- c) Biometría Hemática
- d) Antígeno Prostático

Para mujeres:

- a) Examen General de Orina
- b) Química Sanguínea de 5 elementos
- c) Biometría Hemática
- d) Papanicolau

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

- a) En el caso de las **Consultas**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba. La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.
- b) Respecto a **Estudios de laboratorio o Gabinete**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de esta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS NO CUBIERTOS

1. **No se cubre ninguna vacuna ni medicamento.**
2. **No se cubrirán Consultas ni exámenes de laboratorio y gabinete que no estén especificados en los puntos anteriores.**

3.2 GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS

GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS CUBIERTOS:

Se cubren, en cada año Póliza, tres Consultas con Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas, con excepción de las Consultas mencionadas en las exclusiones de esta cobertura.

También se cubrirán estudios de laboratorio y gabinete, excepto los estudios mencionados en las exclusiones de esta cobertura.

Estos beneficios se otorgan para todos los Asegurados, a partir de la fecha de alta en la Póliza.

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

- a) En el caso de las **Consultas**, de acuerdo con el tipo de médico (Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas), el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.
- b) La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.
- c) Respecto a **Estudios de laboratorio o gabinete**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de esta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS NO CUBIERTOS

1. **Consultas, estudios y tratamientos relacionados a las afecciones propias del embarazo, parto o puerperio, dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones. No se cubren las Consultas, estudios y tratamientos de carácter obstétricos o del control del embarazo.**
2. **Consultas, estudios o tratamientos con dietistas, ni de carácter estético.**
3. **Padecimientos preexistentes.**

4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES

4.1 SINIESTROS

- a) Es obligación del Asegurado pagar en cada consulta, el monto equivalente al Copago correspondiente de acuerdo con lo señalado en la sección 3.1 y 3.2
- b) Los estudios de laboratorio y gabinete, correspondientes a gastos médicos correctivos, sólo serán autorizados en caso de que el Médico de primer contacto o especialista así lo considere, remitiéndose una nueva orden de atención.
- c) Es obligación del Asegurado pagar el monto equivalente al Copago indicado en la carátula de la Póliza sobre el valor de la(s) factura(s) de los estudios realizados.

4.2 PAGO DE RECLAMACIONES

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros 30 días naturales, de cualquier Reclamación que pueda ser motivo de reembolso.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además de los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de Médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos realizados por Estudios de Laboratorio y Gabinete en empresas legalmente autorizadas.
- e) La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para las reclamaciones de Gastos Médicos Correctivos o Gastos Médicos Preventivos, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante, se descontará la cantidad por concepto de Copago de acuerdo al porcentaje o Monto máximo establecido en la carátula de la Póliza, para cada concepto.
- c) El Copago así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada evento cubierto.

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1 PERIODO DE PAGO DE BENEFICIO

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año Póliza, exámenes preventivos o al agotarse la Suma Asegurada, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente.

5.2 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

El Contrato de Seguro sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y **La Compañía**, siempre y cuando no implique cambios a las características o cobertura del producto básico estandarizado.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por **La Compañía**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Solicitante Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito, precisamente en su domicilio social, estando obligada a expedir constancia de la recepción. En caso de que la dirección de la oficina de **La Compañía**, llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (La Compañía "deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República").

5.3 VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

5.4 RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

5.5 RED MÉDICA

La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo **La Compañía** tendrá la obligación de poner a disposición del Asegurado la información en caso de que exista un cambio en la red de La Compañía.

5.6 PRIMAS

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante dispondrá de 30 días naturales (periodo de gracia) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

En tanto la prima no sea liquidada no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier reembolso.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de La Compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo con los medios autorizados por La Compañía para este producto.

5.7 REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a **La Compañía** que 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 Compañía proporcionará dicha información, por escrito en un plazo que no excederá diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.8 ALTAS

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y aceptación de **La Compañía**, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a **La Compañía** en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a La Compañía del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 6 de Primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a **La Compañía** a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.6 de Primas.

5.9 BAJAS

Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Solicitante Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

5.10 AJUSTES

En caso de Altas de Dependientes, **La Compañía** cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de Bajas de Dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

5.11 RENOVACIÓN

Este Contrato se considerará renovado por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. **La Compañía** acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renova-

ción de su Póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este Contrato de Seguro cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 5.16. Omisiones o Inexactas Declaraciones de la sección 5. Cláusulas Generales de este documento.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato de seguro se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que La Compañía tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula, La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad, sexo y lugar de residencia del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.12 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley, que establece lo siguiente: “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”.

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.13 MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en el momento de los mismos.

5.14 FORMA DE PAGO

Este producto se operará solo con forma de pago anual.

5.15 LUGAR DE PAGO

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de La Compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo con los medios autorizados por La Compañía para este producto, los cuales deberán hacerse del conocimiento del asegurado al momento de la contratación.

5.16 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

5.17 COMPETENCIA

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o La Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas

delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

5.18 EDAD

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo con las cláusulas de Renovación, Altas, Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del contrato, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

5.19 SERVICIO DE PAGO DIRECTO

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de La Compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago de las Consultas, Exámenes Médicos y Estudios de Laboratorio y Gabinete que correspondan de acuerdo al lugar de residencia, edad y sexo del Asegurado, especificado en las presentes coberturas, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Copago que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de La Compañía para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su red.

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago del recibo no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada operando el pago únicamente vía reembolso.

5.20 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Se cubrirá el costo de las Consultas Médicas y de los estudios de laboratorio y gabinete cubiertos, menos el monto equivalente al Copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la Póliza.

Para realizar tu reembolso puedes entregar los documentos originales personalmente en cualquiera de nuestros centros de servicio. Con los siguientes documentos:

1. Solicitud de reembolso en original, debidamente llenada y firmada por el Asegurado Titular. La cual está disponible en la página, www.bupasalud.com.mx dentro de la sección Información sobre productos.
2. Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante.
3. Original y copia de la identificación oficial vigente del titular y paciente.
4. Facturas originales emitidas a nombre del titular de la póliza de:
 - Comandas desglosando los conceptos que se están cobrando.
 - Prestadores de servicios médicos.
 - Honorarios médicos con requisitos fiscales.
 - Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico.
5. Original y copia de comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.

Si deseas que tu pago sea por transferencia electrónica debes llenar el apartado correspondiente, y presentar un estado de cuenta con vigencia no mayor a 3 meses.

5.21 INTERÉS MORATORIO

En el caso de que la Compañía, 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 cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las

obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la 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. ...

III ...

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;

...”

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado Salud quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 4 de junio de 2024, con el número CNSF-H0719-0019-2024 / CONDUSEF-006465-01”.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 55 5202 1701 / 800 227 3339, o visite [www. bupasalud.com.mx](http://www.bupasalud.com.mx); o bien comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx

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

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