Condiciones Generales

Plan Médica Vital

Condiciones Generales Plan Médica Vital

CONTENIDO

I. CLÁUSULAS GENERALES 3
II. COBERTURA BÁSICA 19
III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES 37
IV. DEFINICIONES 45
V. AVISO DE PRIVACIDAD 56
VI. ANEXO DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA....57

PRELIMINAR

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, CON OPERACIÓN DE COASEGURO ENTRE HDI SEGUROS, S.A. DE C.V., Y BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

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

Como instituciones legalmente constituidas de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, a quien en su conjunto lo sucesivo se les denominará "**La Compañía**", aseguran y asumen los riesgos contratados y se obligan en los términos y condiciones de este contrato de seguro.

Para efectos informativos los domicilios de las aseguradoras participantes son:

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.:
Blvd. San Juan Bosco No. 5003, Col. Rancho Seco, León, Guanajuato. C.P. 37669.

BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.:
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

La Compañía y el **Contratante** han convenido las coberturas y **Sumas Aseguradas** que aparecen como amparadas en la Carátula de la **Póliza**.

Convienen expresamente **La Compañía** y el **Contratante** que las presentes Condiciones Generales rigen el contrato de seguro celebrado entre ellas y en todo lo no previsto, se aplicará la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

I. CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRITAS

Las palabras en **negrita** pueden tratarse de términos definidos cuyo significado puede consultar en la sección Definiciones de estas Condiciones Generales, o bien de exclusiones y limitaciones que son importantes para su cobertura.

1. SU PÓLIZA

1.1 **La Compañía**, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** mediante reembolso o pago directo a la **red de proveedores médicos en convenio** los gastos médicos en los que incurran los **Asegurados** durante la vigencia de esta **Póliza**, en el territorio de la República Mexicana, hasta la **Suma Asegurada** indicada en la **Carátula de la Póliza** a consecuencia de **Enfermedades** y **Accidentes** amparados ocurridos al **Asegurado** o sus **Dependientes** incluidos en la **Póliza** y de acuerdo a las condiciones, **Tabla de Beneficios** y límites estipulados en este **Contrato**. El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás formatos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **Contrato** y en el momento la atención médica u hospitalización de cualquier **Asegurado**. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por **La Compañía**.

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 este **Contrato**, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las definiciones incluidas en estas Condiciones Generales aplican para su **Plan Médica Vital.**

1.2 Forman parte de este **Contrato** y constituyen prueba de su celebración: la **Póliza**, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, la **Solicitud de Seguro,** las declaraciones de salud, los **Endosos**, **Anexos** y/o condiciones especiales y el recibo de pago.

1.3 La **Póliza** solamente puede ser emitida a personas con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para **Dependientes económicos como son de forma enunciativa más no** limitativa: los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos; también son elegibles los menores de edad para los cuales el **Contratante** 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**.

No hay edad máxima de **Renovación** para **Asegurados** ya cubiertos bajo la **Póliza**.

1.4 El **Contratante** podrá adicionar **Dependientes** a la **Póliza**, los cuales estarán cubiertos desde la **Fecha Efectiva** que les corresponda. Los **Dependientes** elegibles del **Titular** podrán ser: su cónyuge o concubina(o) hasta los 74 (setenta y cuatro) años, descendientes en línea recta o transversal, por consanguinidad, por parentesco civil o por afinidad que dependan económicamente del **Contratante**, como son de forma enunciativa más no limitativa: los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros, sobrinos y nietos; también son elegibles los menores de edad para los cuales el **Contratante** 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 de esta **Póliza** está disponible para los **Dependientes** del **Titular**, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 24 (veinticuatro) 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** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **Dependientes** según sea el caso concreto.

Los **Dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **Póliza** anterior con **La Compañía** y que son elegibles para cobertura bajo su propia **Póliza**, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **Póliza manteniendo el mismo plan y Deducible,** 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 **Periodo de Cobertura** de la **Póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **Dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **Dependiente** solicite su **Póliza** con **La Compañía** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la **Póliza** original.

2. SU COBERTURA

Todas las coberturas especificadas en estas Condiciones Generales deberán seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.

La Compañía cubrirá los gastos relacionados con los Beneficios cubiertos mediante pago directo o reembolso, en caso de aplicar, dentro de la **red de proveedores**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** y en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** siempre que exista un diagnóstico definido cubierto.

La Compañía no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestione el proceso de uso de Póliza dentro de la red de proveedores médicos en convenio establecido en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza" de estas Condiciones Generales.

2.1 El **Deducible** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **Carátula** de la **Póliza, a menos que la Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital o las Condiciones Generales indiquen lo contrario**, en donde entonces será aplicable lo dispuesto por estas últimas. Cualquier **Beneficio** cubierto por esta **Póliza** contempla la necesidad de participación del **Deducible** y/o **Coaseguro** por parte del **Asegurado**, salvo que se estipule lo contrario. El pago del **Deducible** por parte del **Asegurado** aplicará como sigue:

a) Un **Deducible** por **Asegurado**, por **Año Póliza,** mismo que al ser parte del riesgo que asume el **Asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **La Compañía** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes y siempre que exista un diagnóstico definido cubierto, hasta el límite de la **Suma Asegurada Contratada.** Los gastos acumulables al deducible son aquellos cubiertos por su **Plan Médica Vital,** salvo que se indique lo contrario en la **Tabla de Beneficios.**
b) Un máximo equivalente a 2 (dos) **Deducibles** por **Póliza,** por **Año Póliza.** El **Deducible** deberá ser cubierto por el **Asegurado,** mismo que al ser la parte del riesgo que asume el **Asegurado,** deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de **La Compañía** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **Suma Asegurada** contratada.
c) En caso de **Accidente**, se eliminará el **Deducible Contratado** en los gastos médicos directamente relacionados con el **Accidente** siempre y cuando (i) el **Asegurado** sea atendido dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** con **La Compañía** y (ii) el **Asegurado** reciba atención médica y haya erogado un gasto dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes al **Accidente** dentro de dicha red. En caso de **emergencia médica grave** derivada de un **Accidente** cubierto que haya sido atendido fuera de la **red de proveedores médicos en convenio**, el **Asegurado** podrá solicitar reembolso de los gastos hasta su estabilización médica aplicando el tabulador correspondiente.
d) Los siguientes Beneficios de maternidad no están sujetos a **Deducible:** la maternidad y parto, los **Tratamientos** pre y post natal, y la cobertura provisional del **recién nacido**. Los gastos acumulables al **Deducible** son aquellos cubiertos por su **Plan Médica Vital.**
e) En aquellos Beneficios en los cuales aplique **Coaseguro,** el **Asegurado** deberá de cubrir primero el

Deducible y posteriormente el **Coaseguro** que en su caso aplique.

2.2 El **Coaseguro** aplicable será el contratado, el cual se indica en la **Carátula** de la **Póliza** y/o en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital,** mismo que corresponde al porcentaje de los gastos aprobados que el **Asegurado** debe pagar después de aplicar el **Deducible** correspondiente.

a) Se aplicará un tope máximo de **Coaseguro** por **Póliza**, por **Año Póliza,** detallado en la **Carátula** de la **Póliza**.
b) No se aplicará el tope máximo cuando el **Asegurado** reciba atención médica fuera de la **red de proveedores médicos en convenio** con **La Compañía en los casos especificados en las presentes Condiciones Generales**.
c) Solo se podrá gestionar reembolso para proveedores fuera de red en caso de **emergencia médica grave** que no haya sido posible atenderla dentro de la **red de proveedores médicos en convenio,** aplicando el **Coaseguro** correspondiente y el tabulador de honorarios médicos, el cual podrá ser consultado en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales y estará disponible para consulta en la sección "Mi Bupa" dentro de bupasalud.com.mx.
d) **Cuando el Asegurado decida programar una hospitalización fuera de la zona geográfica de cobertura contratada, se aplicará un Coaseguro adicional del** 20% (veinte por ciento) sobre el Coaseguro contratado, sin tope, aun cuando se haya contratado la opción de Coaseguro 0 (cero).

	Coaseguro adicional aplicable por zona de hospitalización	
Zona geográfica de cobertura	**Zona 1**	**Zona 2**
Zona 1	0%	0%
Zona 2	20%	0%

e) Para determinadas coberturas se aplica un porcentaje fijo de **Coaseguro**, tal y como se indica en la **Carátula** de la **Póliza,** aun cuando se haya contratado una **Póliza** con **Coaseguro 0 (cero).**
f) En caso de un **Accidente** cubierto no se aplicará **Coaseguro**.

2.3 Para pago directo o reembolso por **emergencia médica grave** o **Accidente grave** que no haya sido atendida dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** debido que no se encuentre un **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio** a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado, **La Compañía** deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente, relacionada con los hechos del siniestro, para determinar la procedencia del mismo antes de:

1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al **Asegurado Titular** y/o **Contratante.**
Lo anterior, con fundamento en el **Artículo 69** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida. En caso de aplicar, el reembolso será de acuerdo con el tabulador vigente correspondiente.

2.4 Cuando así se requiera y se indique en las presentes Condiciones Generales o **Tabla de Beneficios**, el **Asegurado** deberá contar con la autorización previa y expresa de **La Compañía** antes de recibir cualquiera de los **Beneficios Cubiertos**. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el **Asegurado** no acuda a recibir los **Beneficios Cubiertos** dentro del plazo de 30 (treinta) días contados a partir de la autorización original.

Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa y expresa para recibir cualquier

beneficio cubierto se encuentran disponibles en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de estas Condiciones Generales.

2.5 Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier siniestro, y con fundamento en el **Artículo 69** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, La Compañía** podrá solicitar al **Asegurado** cualquier información que considere relevante, tal y como resúmenes clínicos y reportes médicos, y de igual forma **La Compañía** podrá requerir al **Asegurado** que se realice exámenes médicos con el **Médico** de la elección de **La Compañía** (bajo costo de ella), quien a su vez le proporcionará un reporte médico sobre el estado de salud del **Asegurado**.

Cuando **La Compañía** así lo solicite, el **Asegurado** deberá firmar todos los formularios de autorización otorgando su consentimiento expreso por escrito, necesarios para que **La Compañía** obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. **El no cooperar con La Compañía en tiempo o el no autorizar el acceso de La Compañía a los resúmenes clínicos y reportes médicos, puede resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el Asegurado no coopera con La Compañía para proporcionarle toda la información necesaria para que La Compañía esté en posibilidades de apreciar correctamente el siniestro a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de La Compañía queden extinguidas y, por ende, La Compañía no estará obligada a cubrir los gastos reclamados (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **Contratante**(s), **Asegurado**(s) o **Beneficiario**(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **La Compañía**, si el(los) **Contratante**(s), **Asegurado**(s) o **Beneficiario**(s), en los términos del **Artículo 492** de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los **Artículos 139** a **139 Quinquies,193** a **199, 400** y **400 Bis** del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) **Contratante**(s), **Asegurado**(s) o **Beneficiario**(s), sus actividades, bienes cubiertos por la **Póliza** o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los Artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el **Artículo 492** de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas aplicables a las Instituciones de Seguros.

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

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este

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

3. PAGO DE PRIMAS

El **Contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a **La Compañía**, la cual se calcula según la edad del **Asegurado** y es determinada por **La Compañía** de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. La prima de este **Contrato** vence en el momento de la celebración del **Contrato** y tratándose de **Renovaciones**, al inicio de la nueva vigencia. **La Compañía podrá ajustar las primas una vez al año a la Fecha de Aniversario de la Póliza.**

El **Contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **La Compañía** ponga a disposición del **Contratante** antes de la **Fecha de Vencimiento**. El **Contratante** del seguro podrá elegir entre pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. El primer recibo y los subsecuentes aparecen señalados en su **Póliza**, en caso de pagos fraccionados el derecho de **Póliza** se incluye en el primer recibo.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y **La Compañía** no garantiza la entrega de estos. Si el **Contratante** no ha recibido un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la **Fecha de Vencimiento**, y no tiene conocimiento del monto del pago de su prima, el **Contratante** deberá comunicarse con su agente o directamente con **La Compañía.**

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del **Contratante**. La prima debe ser pagada en la **Fecha de Vencimiento** o dentro del **Periodo de Gracia** establecido. **Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento (Periodo de Gracia), los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.**

El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada en el recibo de primas expedido por **La Compañía** o bien mediante cargo a tarjeta de crédito o débito. **La Compañía no autoriza a los agentes de seguros que intervienen en la contratación del seguro a recibir efectivo o títulos de crédito.**

De manera enunciativa más no limitativa, se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezcan dicho cargo, trasferencia y/o depósito, harán prueba plena de cargo, hasta en tanto **La Compañía** entregue el comprobante correspondiente.

4. SUBROGACIÓN

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al **Asegurado**. El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** tendrá la obligación de cooperar con **La Compañía** para conseguir la recuperación del daño, **el incumplimiento de esta obligación facultará a La Compañía a considerar rescindido de pleno derecho el Contrato.** El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el **Asegurado** tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado

el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

En caso de que la subrogación sea procedente, el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá proporcionar a **La Compañía** cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como (i) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera, (ii) firmar cualquier documento(s) que se requiera(n) y, (iii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.

La Compañía podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la **Póliza**.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar u otorgar perdón que afecte de manera adversa los derechos de **La Compañía** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

El pago de los Beneficios de este **Contrato** no se duplicará con los Beneficios de ninguna otra **Póliza** de seguros para la cual un **Asegurado** pueda ser elegible, en caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no haya notificado a **La Compañía** de la existencia de otra **Póliza**. Por lo tanto, cuando **La Compañía** efectúe el pago o reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, **La Compañía** tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las **Sumas Aseguradas** respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la **Suma Asegurada** del **Asegurado**, siempre y cuando el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** hayan otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

5. CÓMO HACER USO DE SU PÓLIZA

5.1 El **Asegurado** deberá consultar el **directorio de la red de proveedores médicos en convenio** que estarán publicados en el sitio web www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores o a través de bupasalud.com.mx o llamando al CAT para seleccionar al proveedor médico de su preferencia.

El Asegurado deberá agendar de manera directa la cita con el Médico de primer contacto elegido, el cual deberá estar dentro de la red de proveedores médicos en convenio.

Si el plan contratado cuenta con Deducible y Coaseguro diferente a 0 (cero), cada consulta con médicos de primer contacto tendrá un Copago especificado en la Póliza, mismo que el Asegurado deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica. El monto por concepto de Copago no será acumulable a Deducible ni a Coaseguro contratados, ni será reembolsable.

Una vez finalizada la consulta, dicho médico podrá emitir un pase para los siguientes servicios:

1. Procedimiento en consultorio: se requiere autorización previa para procedimientos especificados dentro de la lista que podrá consultar en la sección “Mi Bupa” dentro de www.bupasalud.com.mx o consultar telefónicamente al número 55 68269296 y sin costo desde el interior de la República Mexicana al 800 999 1905.
2. Cita con **Médico** especialista e interconsulta: cada consulta con médicos especialistas e interconsulta, tendrá un Copago especificado en la **Póliza**, mismo que el **Asegurado** deberá pagar directamente al proveedor al finalizar la atención médica. **El monto por concepto de Copago no será acumulable a Deducible ni a Coaseguro contratados ni será reembolsable.**
3. Medicamentos: se requiere autorización previa para medicinas de alta especialidad, ambas listas están publicadas en la sección “Mi Bupa” dentro de www.bupasalud.com.mx. No aplica **Coaseguro.**
4. Estudios de laboratorio y gabinete: se requiere autorización previa para los mencionados en la lista publicada en la sección “Mi Bupa” dentro de www.bupasalud.com.mx. No aplica **Coaseguro.**
5. Cirugía ambulatoria: se requiere autorización previa y aplicará el **Deducible** y **Coaseguro** contratados.
6. Hospitalización: se requiere autorización previa salvo que se trate de una Emergencia Médica Grave. Aplicará **Deducible** y **Coaseguro** contratados.
7. **Tratamientos médicos**: se requiere autorización previa. Aplicará **Deducible** y **Coaseguro** contratados.

El **Asegurado** deberá de identificarse con el **proveedor médico dentro de la red de proveedores médicos en**

convenio con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por **La Compañía** que lo identifique como **Asegurado**.

5.2 PROCESO DE REEMBOLSO

Únicamente será sujeto a posible reembolso las atenciones o servicios otorgados por un proveedor de la **red de proveedores médicos en convenio** o en los casos específicos mencionados y siguiendo el proceso descrito dentro de las presentes Condiciones Generales.

Queda excluido el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida.

En caso de haber contratado un plan con **Deducible** y **Coaseguro** diferente a 0 (cero), el **Asegurado** deberá realizar el pago en forma directa al proveedor de la red hasta completar el **Deducible** y **Coaseguro** correspondiente. El **Asegurado** deberá acumular a **Deducible** y **Coaseguro** los gastos realizados en el año **Póliza** a través del proceso de reembolso.

Para gestionar el proceso de reembolso, el **Asegurado** deberá realizar lo siguiente:

1. Completar y firmar el Formulario de reclamación y el Formulario de reembolso correspondientes publicados en el portal de internet www.bupasalud.com.mx
2. Una vez firmado por el **Asegurado** y **Médico** tratante, deberá enviarlo vía correo electrónico a siniestros@bupa.com.mx o subirlos a través del portal www.bupasalud.com.mx en la sección 'Mi Bupa'.
3. El **Asegurado** deberá enviar la siguiente documentación en un formato legible para iniciar cualquier trámite de reembolso:

   - Formatos de reclamación y reembolso debidamente completados y firmados tanto por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante,** así como por el **Médico** tratante.
   - Interpretación y estudios de laboratorio, gabinete y/o patología que dan origen al diagnóstico.
   - Recetas que den sustento al diagnóstico y **Tratamiento**.
   - Facturas emitidas a nombre del **Asegurado Titular** indicando el nombre del **Paciente** y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
   - Comprobante de pago del servicio recibido.
   - Estado de cuenta bancario e identificación oficial del **Titular** de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente).
   - Comprobante de domicilio no mayor a 3 (tres) meses del **Titular** de la cuenta solo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del **Titular** de la cuenta.

En caso de que el reembolso fuera por **Accidente, La Compañía** podrá solicitar la denuncia y en su caso carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público, en caso de que aplique, así como cualquier información complementaria que considere pertinente para llevar a cabo el dictamen médico.

La Compañía podrá solicitar información y documentación adicional durante el proceso de acuerdo con el **Artículo 69** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que sea necesaria para determinar la procedencia del siniestro durante el proceso.

En caso de proceder el reembolso, aplicará de acuerdo con el **tabulador de honorarios médicos** vigente y la forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por el **Asegurado** en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda u otros, es responsabilidad del receptor del pago.

Cualquier seguimiento de la solicitud de reembolso podrá realizarse en los siguientes medios:

Teléfonos

- Desde Ciudad de México: 55 6826 9296.

- Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905.

WEB

- **www.bupasalud.com.mx** en la sección Mi Bupa.

Servicio al cliente

- Por teléfono de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y Sábado de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. o al correo vmxservicio@bupa.com.mx

5.3 PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

El **Médico de red** deberá solicitar la autorización previa para las coberturas o Beneficios que así lo requieran, de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales de forma directa con **La Compañía**.

En caso de hospitalización, el **Asegurado** y el **Médico tratante** deberá firmar el formulario de reclamación correspondiente el cual podrá consultar en la sección Mi Bupa dentro de bupasalud.com.mx por lo menos 72 horas antes de la hospitalización.

En caso de que no se encuentre un proveedor **médico** dentro de la localidad, el **Asegurado** deberá comunicarse a los teléfonos de atención al cliente señalados en la siguiente cláusula y se le ofrecerá una referencia del proveedor **médico** más cercano.

5.4 PROCESO PAGO DIRECTO

En caso de haber contratado un plan con **Deducible** y **Coaseguro** igual a 0 (cero), **La Compañía** realizará el pago directo al proveedor de la **red de proveedores médicos en convenio**.

En caso de haber contratado un plan con **Deducible** y **Coaseguro** diferente a 0 (cero), el **Asegurado** deberá realizar el pago en forma directa al proveedor de la red hasta completar el **Deducible** y **Coaseguro** correspondiente. El **Asegurado** deberá acumular a **Deducible** y **Coaseguro** los gastos realizados en el **Año Póliza** a través del proceso de reembolso mencionado en la **Cláusula 5.2 "Proceso de Reembolso"** de las presentes Condiciones Generales. Una vez cubiertos, podrá gestionar el pago directo de los servicios subsecuentes.

El **Asegurado** deberá seguir los pasos siguientes:

1. Ingresar al portal bupasalud.com.mx o al portal hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores para consultar la **red de proveedores médicos en convenio**.
2. Seleccionar libremente al proveedor dentro de la **red de servicios médicos en convenio** y agendar cita.
3. Acudir a la cita en donde podrá recibir un pase o receta otorgado por el **Médico** de primer contacto en caso requerir un servicio médico adicional (laboratorio, medicamentos).

En caso de hospitalización, el **Asegurado** deberá gestionar el proceso de autorización previa para coordinación de pago directo sin importar el **Deducible** y **Coaseguro** contratado.

El **Asegurado** deberá llenar los siguientes formularios y documentación y entregarlos a su **Médico** de la red, quien someterá el caso a dictamen para continuar el proceso:

- Formulario de reclamación debidamente completado y firmado tanto por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante,** así como por el **Médico** tratante dentro de la red.
- Informe(s) médico(s).
- Interpretación y/o estudios de laboratorio, gabinete y/o patología y recetas que dan origen al diagnóstico.
- Recetas que den sustento al diagnóstico y **Tratamiento**.

Para fines de claridad, cualquier autorización para pago directo deberá ser validada previamente por **Vitamédica Administradora** mediante la **red de proveedores médicos en convenio**. Para consultar el directorio de proveedores médicos en convenio, el **Asegurado** podrá acceder a través de los siguientes medios:

- **Teléfonos** desde Ciudad de México: 55 6826 9296.
- Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905.

Página Web
- www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores
- www.bupasalud.com.mx

Servicio al cliente
- Por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. hora centro o al correo electrónico: vmxservicio@bupa.com.mx

Nota: **Vitamédica Administradora** es un proveedor especializado contratado por **La Compañía** para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que presten a los **Asegurados** de **La Compañía** no presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro; así como tampoco están facultados para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de **La Compañía** la procedencia de pago o reembolso de siniestros, tampoco podrán recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a **La Compañía** por conceptos diferentes a los señalados en este **Contrato**.

5.5 EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

En caso de que el Tratamiento médico de **emergencia médica grave** sea atendido dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, el **Asegurado** deberá notificar a **La Compañía** dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al inicio del **Tratamiento** a través de los siguientes medios de contacto:

Teléfonos:
Desde Ciudad de México: 55 6826 9296
Sin costo desde el interior de la República: 800 999 1905
Correo electrónico: siniestros@bupa.com.mx

Se aceptará la notificación de emergencia grave realizada por el **Asegurado**, **Contratante**, Agente o Bróker, familiar u hospital (incluidos Módulos Hospitalarios).

En caso de que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado, **el Tratamiento** médico de **Emergencia Médica Grave**, podrá ser atendido fuera de la **red de proveedores médicos en convenio**, caso en el que el **Asegurado** deberá notificar a **La Compañía** dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al inicio del **Tratamiento**. Una vez que el **Asegurado** se encuentre estable medicamente deberá ser trasladado a un hospital dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** para continuar con la atención médica.

En caso de **emergencia médica grave** atendida fuera de la **red de proveedores médicos en convenio** el **Asegurado** podrá solicitar reembolso de los gastos hasta su estabilización médica aplicando el tabulador correspondiente.

La atención deberá ser dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** exceptuando en caso de **emergencia médica grave** atendida fuera de la **red de proveedores médicos en convenio**. De ser el caso, el **Asegurado** será trasladado a un hospital dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** con **La Compañía** tan pronto sea medicamente posible. En este caso aplicará tabulador de honorarios médicos el cual podrá ser consultado telefónicamente y estará disponible para consulta en la sección Mi Bupa, en bupasalud.com.mx

El **Asegurado Titular y/o Contratante** deberá someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el Formulario de reclamación que le dio origen al padecimiento; para reclamaciones posteriores del mismo padecimiento deberán ser atendidas dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.

Para reclamaciones de **Dependientes** que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años, se deberá presentar un

certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la **Póliza** o renovarla, dichos **Dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** confirmando que dichos **Dependiente**s son solteros. En caso contrario, **La Compañía** podrá rechazar el pago de dichas reclamaciones sin responsabilidad alguna de su parte. De conformidad con lo dispuesto por el **Artículo 70** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado Titular y/o Contratante o su(s) beneficiario(s) o su(s) representante(s), con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que esta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.**

Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas que no sean gestionadas por medio de pago directo y dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** en los casos mencionados dentro de las Condiciones Generales, deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes. Las facturas correspondientes a honorarios médicos, enfermería y farmacias podrán estar expedidas a nombre del **Asegurado Titular** y/o **Contratante**; cualquier otro gasto distinto a los anteriores deberá estar emitido a nombre de **La Compañía**, de acuerdo con los siguientes datos:

BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
RFC: BMS030731PC4
Domicilio: Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

La Compañía no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo, bajo solicitud, **La Compañía** podrá enviar copia de esta.

5.6 CASOS SUSCEPTIBLES A REEMBOLSO:

A continuación, se mencionan los casos susceptibles a **reembolso** en caso de haber contratado un plan con **Deducible** y **Coaseguro** igual a 0 (cero):

En caso de **Reembolso** por **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de **la red de proveedores médicos en convenio** y por pago directo debido a que no se encuentre un proveedor médico en convenio a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado, **La Compañía** pagará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el **Deducible** y posteriormente el **Coaseguro** cuando corresponda.

La Compañía no realizará el reembolso por gastos derivados de una emergencia médica sentida. En caso de aplicar, el reembolso será de acuerdo con el tabulador vigente correspondiente.

El **reembolso** correspondiente a **emergencia médica grave** aplicará de acuerdo con el **tabulador de honorarios médicos** vigente, el cual podrá ser consultado en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales y estará disponible para consulta en la página web www.bupasalud.com.mx.

En caso de proceder el reembolso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por el **Asegurado** en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda u otros, es responsabilidad del receptor del pago.
Este plan de seguro denomina los **Beneficios Cubiertos** en pesos mexicanos.

En caso de que **La Compañía**, 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 dentro de los 30 (treinta) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del **Artículo 71** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **Asegurado Titular** y/o **Contratante**, una indemnización por mora de

conformidad con lo establecido en el **Artículo 276** de la **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.
Esta **Póliza** tiene cobertura en la **zona geográfica** detallada en la **Carátula** de la **Póliza**, siempre dentro del territorio de la República Mexicana. **Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero.**

5.7 DIRECTORIO DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

La Compañía se obliga a comunicar al **Asegurado**, a través de la página web

www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores o en www.bupasalud.com.mx y en los teléfonos de atención a clientes incluidos en estas Condiciones Generales, el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio,** así como los datos de localización de consultorios y/u oficinas en la que los proveedores médicos de la red en convenio prestarán a los **Asegurados** los servicios médicos en los términos indicados en este **Contrato**.

La Compañía deberá mantener actualizado y disponible el directorio de la **red de proveedores médicos en convenio** en www.bupasalud.com.mx y en la red de www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores

6. RENOVACIÓN

6.1 Conforme a las disposiciones aplicables, **La Compañía garantiza** la **Renovación** de su **Póliza**, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 30 (treinta) días hábiles antes del vencimiento de la **Póliza**.

La **Renovación** se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por lo que se respetarán las limitaciones de las coberturas inicialmente contratadas, seguirán los mismos periodos de espera y los límites de edad estipulados en la **Póliza** inmediata anterior, respetándose el derecho de antigüedad adquirido por el **Asegurado**. Asimismo, en la **Renovación** se seguirá otorgando el servicio de red médica y hospitalaria similar a la originalmente contratada en términos de calidad, servicio y cobertura geográfica, de conformidad con los productos que estén registrados por **La Compañía** ante la citada Comisión en ese momento.

La Compañía informará por escrito o por medios electrónicos al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **Póliza**, los valores de la prima, **Deducible** o cualquier **Coaseguro** aplicable a la misma.

Se podrá actualizar el deducible y tope de coaseguro de acuerdo con la inflación médica anual presentada por el gobierno federal a través de las dependencias autorizadas para la elaboración del índice nacional de precios al consumidor.

En caso de que el **Asegurado** cambie de residencia u ocupación, la **Renovación** de la **Póliza** quedará sujeta a la aprobación de **La Compañía**.

7. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el **Asegurado** titular y/o **Contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la **Póliza** de acuerdo con las políticas de aceptación y rehabilitación vigentes de **La Compañía** y de que se cumpla con lo siguiente:

a) El **Asegurado** titular y/o **Contratante** lo soliciten por escrito a **La Compañía**.
b) El (los) **Asegurado**(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de **La Compañía**.
c) El **Asegurado** presente los documentos necesarios establecidos para solicitar la rehabilitación.

La Compañía comunicará por escrito al **Asegurado** titular y/o contratante la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince)

días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso **La Compañía** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. En caso de aprobar la solicitud de rehabilitación, **La Compañía** otorgará nuevamente una oferta de cobertura por escrito.

No se cubrirán Enfermedades y/o Accidentes ocurridos durante el periodo al descubierto.

8. CAMBIOS A SU PÓLIZA

Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** podrán modificar y/o dar por terminado este **Contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los **Dependientes**, en su caso. Este **Contrato** se podrá cambiar, modificar o exentar mediante la incorporación de cláusulas adicionales a través de **Endosos** previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al igual que en la contratación inicial del seguro, en caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** quiera incluir un nuevo **Dependiente** elegible a la **Póliza**, el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá presentar la solicitud de seguro correspondiente que incluya un cuestionario de salud. Según los términos del Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **La Compañía** podrá denegar la inclusión a la **Póliza** de dicha persona, o podrá establecer restricciones o exclusiones para cubrir al nuevo **Dependiente**. Igualmente, bajo la discreción de **La Compañía**, se establecerá si las condiciones preexistentes del nuevo **Dependiente** serán cubiertas o se tendrá que pagar una prima adicional. Los menores de edad podrán ser incluidos sin presentar el historial médico cuando se haya establecido así en estas Condiciones Generales.

Al ser una **Póliza** con vigencia anual, el **Contratante** únicamente podrá modificar la presente **Póliza** al momento de la renovación.

La Compañía podrá hacer modificaciones a la **Póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **Asegurados** con el mismo producto de seguro, los cuales serán previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo anterior se le notificará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** por los medios de contacto proporcionado por el **Contratante** o **Asegurado Titular** en la solicitud o posteriormente en caso de actualización o cambio.

Cuando el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

a) Los Beneficios ganados por antigüedad del **Asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el **Periodo de Espera** específico establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

b) El **Periodo de Espera** para embarazo, parto y **complicaciones del embarazo y parto** siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. **Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y realicen cualquier cambio en el producto o en el plan, no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan**.

c) Para el pago de siniestros relacionados con Beneficios con **Sumas Aseguradas de por Vida** que ocurran durante los 6 (seis) meses siguientes a la **Fecha Efectiva** del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

d) Los Beneficios con **Sumas Aseguradas de por Vida** que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera agotado y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

e) No obstante, lo anterior, **La Compañía** podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el **Asegurado Titular y/o Contratante** solicite cambio de plan, Beneficios, **Deducibles, Zona Geográfica** de **Cobertura,** o **Suma Asegurada.**

9. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá informar a **La Compañía** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que **La Compañía** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** notifique lo contrario.

10. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

10.2 Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días siguientes al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones, **Artículo 25** de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** desee cancelar este **Contrato** dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo generado para la emisión de la **Póliza** y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la **Póliza** nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito o correo electrónico junto con el formulario de cambios debidamente requisitado (disponible en www.bupasalud.com.mx) e identificación oficial por parte del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** a **La Compañía**.

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

La cancelación o no **renovación** de la **Póliza** surtirá efecto en el momento que al **Asegurado** le sea asignado el folio de cancelación y/o no **renovación**.

En caso de que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** decida dar por terminado el **Contrato** después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la **Póliza**, **La Compañía** devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima no devengada (prima correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la **Póliza**) sin incluir derechos de **Póliza** ni gastos de administración, más el impuesto proporcional a la cantidad de vuelta. Esta devolución se realizará dentro del plazo de 30 (treinta) días posteriores a la asignación del folio cancelación.

En caso de que la **Póliza** haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** dirigido a **La Compañía** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada.

Con la terminación de la **Póliza** terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de **Enfermedades, Accidentes** o **Lesiones** sufridos durante la vigencia del seguro estarán cubiertos durante un plazo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la terminación de la vigencia de la **Póliza**.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este **Contrato**.

Ningún **Asegurado Titular** y/o **Contratante** será independientemente penalizado con la cancelación de su **Póliza** debido a una mala experiencia de reclamaciones de esta.

10.4 Si el **Contratante, Asegurado Titular** o cualquiera de sus **Dependientes** fallecen, se deberá notificar a **La Compañía** dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.

Al fallecimiento del **Asegurado Titular** y/o **Contratante**, cualquier adulto **Dependiente** podrá solicitar convertirse en **Contratante** o **Asegurado Titular**, según corresponde, e incluir sus propios **Dependientes**.

Si el **Contratante** falleciera y ningún adulto **Dependiente** ha solicitado convertirse en **Contratante**, este **Contrato** será cancelado, y si ninguna reclamación o solicitud para recibir **Beneficios Cubiertos** ha sido presentada, **La Compañía** reembolsará la prima no devengada que se haya pagado dentro del periodo siguiente a la terminación de la **Póliza**.

Si un **Dependiente** fallece, su cobertura terminará, y en tanto ninguna reclamación o solicitud para recibir **Beneficios Cubiertos** a favor del **Dependiente** haya sido realizada, **La Compañía** reembolsará la prima no devengada correspondiente a dicho **Dependiente** que se haya pagado dentro del periodo siguiente a la terminación de la cobertura.

10.5 **La Compañía** 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 periodo de vigencia de la **Póliza** y hasta 30 (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**.

10.6 Sujeto a los términos y condiciones especificados en este **Contrato**, 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:

d) En la fecha de expiración de la **Póliza,** o
e) Al expirar el **Periodo de Gracia** para el pago de la prima sin que esta hubiere sido pagada a **La Compañía,** o
f) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** para terminar su cobertura, o
g) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** para terminar la cobertura para algún **Dependiente.**

11. NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA CON RESPECTO A SU COBERTURA

El objetivo de **La Compañía** bajo esta **Póliza** es cubrir al **Asegurado mediante la red de proveedores médicos en convenio** y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el **Asegurado** reciba los **Beneficios Cubiertos**. No es objetivo de **La Compañía** proveer los **Beneficios Cubiertos**.

Ningún agente de seguros o intermediario tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **Póliza**. Después de que la **Póliza** ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** y **La Compañía** (las partes) y sea hecho constar por un **Endoso** a la **Póliza**.

Durante la vigencia de la **Póliza**, el **Asegurado Titular** y/o **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 por su intervención en la celebración de este **Contrato**. **La Compañía** 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.

12. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

El **Asegurado** titular y/o **Contratante** estará obligado a comunicarle por escrito a **La Compañía** cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del **Asegurado Titular** y/o **Contratante** y/o de cualquier dependiente.

El **Asegurado** y/o **Contratante** también estará obligado a:

a) Proveer a **La Compañía** toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
b) Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;

c) Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a **La Compañía** para:

a) Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
b) Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta.
c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la **Póliza**. **La Compañía** se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del **Asegurado** y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al **Asegurado** por cualquier **Enfermedad** o trastorno físico o psíquico. **La Compañía**, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del **Asegurado** quien otorga su autorización expresa para su revelación a **La Compañía** para estos fines.

La Compañía tiene el derecho, cuando corresponda, de verificar sus datos con agencias especializadas, y/u otras aseguradoras con el fin de prevenir y detectar información falsa. Siempre que, el **Asegurado** y/o **Contratante** proporcionen información falsa o inexacta, **La Compañía** podrá registrarlo con una agencia especializada, y/u otras aseguradoras y podrá usar y buscar estos registros para ayudar a: tomar decisiones sobre los Beneficios y los servicios relacionados con los Beneficios de la **Póliza**, tomar decisiones sobre otras propuestas de aseguramiento y reclamaciones, establecer su identidad y búsquedas adicionales.

13. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Cuando se hace referencia al **Asegurado Titular** y/o **Contratante**, se entiende también aquel que actúa en su nombre y cuando se hace referencia a **Dependientes**, se incluye cualquiera que actúa en su representación.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** y cualquier **Dependiente** tendrán que actuar de buena fe y de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a **La Compañía** sean precisos y estén actualizados al momento de presentar la solicitud de seguro y para cualquier **Renovación**, extensión o modificación.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** tendrá la obligación de avisar a **La Compañía** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.

El **Asegurado Titular** y/o **Contratante** deberá tener especial cuidado y diligencia en el **Tratamiento** de la información de los **Dependientes** que le sea proporcionada a **La Compañía**.

14. COMPETENCIA

Las disposiciones de este **Contrato** están sujetas a Leyes de la República Mexicana. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **Póliza**, debido al lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

En caso de controversia con los servicios y/o productos contratados, el **Contratante** y/o **Beneficiario** podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, o
b) La Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo determinar a su elección la competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los **artículos 50 Bis, 68, 70, 71 y 72 Bis** de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y **277** de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que **La Compañía** declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico.

La Compañía acepta que, si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **La Compañía.**

Datos de contacto:
Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa:
Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.
Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339
Correo electrónico: une@bupa.com.mx
Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 y viernes de 08:00 a 15:00 horas

15. ENTREGA DE INFORMACIÓN

15.1 **La Compañía** entregará al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

a) El número de **Póliza** que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación de este;
c) La dirección de la página electrónica en Internet de **La Compañía**, con la finalidad que se puedan

identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.

Los datos antes señalados se encuentran en la **Carátula** de **Póliza**, Condiciones Generales y recibo de pago, documentos que se envían al **Asegurado Titular y/o Contratante** en formato impreso con el paquete inicial al contratar la **Póliza**, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el **Asegurado Titular y/o Contratante** haya elegido esta opción en la solicitud de seguro. No obstante, lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a esta **Póliza** estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del **Asegurado Titular y/o Contratante** previamente a su contratación en la página de Internet www.hdi.com.mx/condiciones-generales. Queda expedito el derecho del **Asegurado Titular y/o Contratante** para solicitar en cualquier momento a **La Compañía**, un ejemplar impreso de las Condiciones Generales, recibos, **Carátula** de **Póliza** y **Endosos** que se hayan contratado.

II. COBERTURA BÁSICA

Aspectos importantes que considerar con respecto a los **Beneficios Cubiertos** por su **Plan Médica Vital**

1. AUTORIZACION PREVIA

La Compañía no cubrirá los gastos médicos cuando no se gestione la atención médica dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** con **La Compañía**.

El **Asegurado** deberá coordinar una cita con un **Médico** de primer contacto dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** con **La Compañía**. El **Asegurado** podrá agendar la cita directamente con el **Médico** dentro de dicha red y deberá de identificarse ante dicho proveedor médico con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por **La Compañía** que lo identifique como **Asegurado**.

Todo servicio médico que no sea consulta de primer contacto y **emergencia médica grave** deberá ser prescrita por el **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio**. De igual forma, el **Médico** deberá de preautorizar los servicios descritos en esta sección.

El cliente deberá de firmar el formato correspondiente disponible en la sección “Mi Bupa” dentro del sitio www.bupasalud.com.mx o en la página electrónica www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores/ en caso de hospitalización. Para los servicios mencionados a continuación, el **Médico** tratante deberá solicitar de forma directa autorización previa a **La Compañía**.

a) Medicamentos de alta especialidad y costo al público mayor de $5,000.00 cinco mil pesos 00/100 MXN) Los medicamentos cubiertos y la lista de medicamentos de alta especialidad que se encuentran publicados en la sección “Mi Bupa” dentro del sitiowww.bupasalud.com.mx.
b) Estudios de laboratorio y gabinetes de acuerdo con lista publicada en la sección “ Mi Bupa” dentro del sitio www.bupasalud.com.mx.
c) Hospitalizaciones.
d) Cirugías ambulatorias.
e) Ambulancia aérea.
f) Procedimiento en consultorio general o especialista de acuerdo con la lista publicada en la sección “Mi Bupa” dentro del sitio www.bupasalud.com.mx.
g) Equipo médico durable y apoyos médicos (oxígeno, CPAP´s, camas hospitalarias).
h) Terapias físicas y de rehabilitación.
i) Enfermería.
j) Maternidad.
k) **Tratamientos** médicos (trasplante de órganos, **tratamientos** contra el cáncer, diálisis).
l) Prótesis.
m) Cuidados paliativos.

La Compañía no cubrirá los gastos médicos cuando el Asegurado reciba atención médica con proveedores fuera de la red de proveedores médicos en convenio o no cumple con lo estipulado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza" de las presentes Condiciones Generales.

2. PERIODOS DE ESPERA

Esta **Póliza cuenta con períodos de Espera** a partir de la **Fecha Efectiva** de la **Póliza** los cuales se indican en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.** Sin embargo, estos **Periodos de Espera** no aplican cuando se trate de **Accidente grave o emergencia médica grave** que, habiendo causado una **Lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como (a) politraumatismos, (b) **Enfermedades** agudas de origen infeccioso, y (c) infartos y **Enfermedades** cerebrovasculares, siempre y cuando no se encuentren relacionados con un **padecimiento preexistente**. En todos estos casos deberá comprobarse mediante una evaluación médica que la vida del **Asegurado** está en peligro y/o que puede sufrir un daño permanente a un órgano vital, por acuerdo mutuo entre el **Médico** tratante y el consultor **Médico** de **La Compañía**.

3. ELIMINACIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS PERIODOS DE ESPERA

La Compañía reducirá los **Periodos de Espera,** con base en la antigüedad generada por el **Asegurado**, como periodo de aseguramiento previo e ininterrumpido, por la **Póliza** o **Pólizas** previas al inicio de esta contratación**, llegando a una posible eliminación de estos periodos, solamente si**:

a) El **Asegurado** tuvo cobertura continua e ininterrumpida bajo un seguro de gastos médicos dentro del territorio mexicano durante por lo menos 1 (un) año, y

b) La **Fecha Efectiva** de la **Póliza** se encuentra dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término de la cobertura anterior, y

c) El **Asegurado** ha informado sobre la cobertura anterior en la **solicitud de seguro** y presenta junto con la **Solicitud de seguro,** la documentación que da soporte y prueba este aspecto, aceptándose en este caso como prueba documental la **Póliza** y el (los) recibo(s) de pago de la prima que demuestra el aseguramiento continuo e interrumpido previo.

Cuando el **Asegurado** titular y/o **Contratante** solicite un cambio de plan o de producto, los Beneficios ganados por antigüedad del **Asegurad**o no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante, a lo anterior, **La Compañía** podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el **Asegurado** titular y/o **Contratante** solicite cambio de plan**,** Beneficios, **Deducibles** o **Suma Asegurada.**

La reducción o eliminación de los Periodos de Espera no aplica en los Beneficios que específicamente señalan que no procede esta reducción, tal y como se detalla en la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Vital.

4. CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes que son o no son declaradas y conocidas por el **Asegurado** al momento de llenar la **Solicitud se Seguro** nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la **Póliza** se encuentre en vigor. Además, **en el caso de prexistencias no declaradas La Compañía se reserva el derecho de rescindir el Contrato de Seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado**

de conformidad con el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN

5.1 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano perteneciente a la **red de proveedores médicos en convenio** ha recomendado que el **Asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea por **emergencia médica grave**, **La Compañía** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo considera. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **Médico** dentro de la red mencionada y de la misma especialidad. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, **La Compañía** también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio** seleccionado por **La Compañía**.

No aplica **Deducible** ni **Coaseguro.**

5.2 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Si el **Asegurado** ha sido diagnosticado con alguna **Enfermedad** grave, compleja o crónica, tendrá la opción de solicitar a **La Compañía** una segunda opinión médica. Dicha segunda opinión será realizada por un **Médico** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** seleccionado por **La Compañía**, quien emitirá un informe que será compartido con el **Asegurado**.

No aplica **Deducible** ni **Coaseguro.**

La Compañía podrá requerir una segunda opinión médica, si así lo considera necesario, para determinar la procedencia de la solicitud, por lo cual los siguientes procedimientos de manera enunciativa y no limitativa requerirán de manera obligatoria de una segunda opinión previa autorización:

i. Prótesis de rodilla, cadera u hombro,
ii. Inyección de agente intravítreo,
iii. Cirugía de columna,
iv. Reintervenciones en general,
v. Casos complejos,
vi. Aplicación de bótox para fines no cosmético en cualquier área
vii. Rinoseptumplastía,
viii. Histerectomía,
ix. Artroscopía de rodilla,
x. Funduplicaturas.

6. BENEFICIOS CUBIERTOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **Póliza** está sujeta a los términos y condiciones del contrato de seguro. A menos que se indique lo contrario, todos los Beneficios son por **Asegurado** y por **Año Póliza**. Por favor consulte la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** para detalles sobre los **Beneficios Cubiertos** de su plan específico.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **Beneficios Cubiertos** y **Deducibles** referidos se entenderán en pesos mexicanos.

La Compañía pagará los gastos derivados de los **Beneficios Cubiertos** después de satisfecho el **Deducible** anual correspondiente indicado en la **Carátula** de la **Póliza** y en la **Tabla de Beneficios**.

A menos que se indique lo contrario, todos los Beneficios están sujetos a **Deducible**. El **Coaseguro** se calcula después de aplicar el **Deducible** correspondiente.

A los **Beneficios Cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares o generales. Favor de consultar la **sección II de "Coberturas Básicas"** antes de solicitar la cobertura de alguno de los Beneficios.

Todos los Beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **Póliza**. La **Suma Asegurada** correspondiente se encuentra en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

6.1 CONSULTA MÉDICA DE PRIMER CONTACTO
Para la prestación de los servicios médicos se observará lo siguiente:

Cualquier consulta externa en general se otorgará a través del **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio** (**Médico** general, familiar, pediatra, ginecólogo y geriatra) que elija el **Asegurado**.

a) **General y Familiar:** edad abierta.
b) **Pediatra:** tratándose de niños y niñas menores de 16 (dieciséis) años.
c) **Ginecólogo:** mujeres de 11 (once) años en adelante.
d) **Geriatra:** hombres y mujeres de 50 (cincuenta) años en adelante.
e) **Odontólogo:** solo aplicará en caso de **Accidente** cubierto dentro de la **Póliza.**

La consulta de primer contacto será el conducto para canalizar a cada **Asegurado**, cuando sea necesario, a los servicios médicos de laboratorio, gabinete, medicina de especialidad y hospitalización entre otros, así como a los **Médicos** especialistas, siempre y cuando las consultas y estudios de gabinete o laboratorio no sean ordenados con carácter preventivo, revisión de rutina y/o chequeo general.

El **Médico** de primer contacto será el único que podrá generar pases para consultas con **Médicos** especialistas dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**. Cada pase será válido hasta por máximo 5 (cinco) consultas por especialista. En caso de requerir más consultas, el **Asegurado** deberá acudir con un **Médico** de primer contacto dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** para solicitar nuevamente un pase con **Médico** especialista dentro de dicha red.

6.2 CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD.

En caso de que el **Asegurado** requiera consulta médica de especialidad, deberá presentarse con el **Médico** especialista de la **red de proveedores médicos en convenio**, presentando el pase otorgado por el médico de primer contacto, e identificándose con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por **La Compañía** (digital o impresa) que lo identifique como **Asegurado**.

Cada pase otorgado por el **Médico** de primer contacto será válido hasta por 5 (cinco) consultas con **Médico** especialista y tendrá una vigencia de 180 (ciento ochenta) días naturales, siempre y cuando la primera consulta con el **Médico** especialista se realice dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de emisión del pase.

En caso de requerir más consultas, el **Asegurado** deberá acudir con un **Médico** de primer contacto dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** para solicitar nuevamente un pase con **Médico** especialista dentro de dicha red.

La validez del pase para las 5 (cinco) consultas de **Médico** especialista tendrá una vigencia de 180 (ciento ochenta) días naturales y 180 (ciento ochenta) días naturales para interconsulta.

Exclusiones particulares:

- **Consultas derivadas de subespecialidades.**

6.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE SOPORTE DIAGNÓSTICO.

La Compañía cubrirá a través de pago directo o reembolso y de acuerdo con el tabulador de estudios de laboratorio y gabinete publicado en bupasalud.com.mx dentro de la sección Mi Bupa, el costo de estudios de laboratorio y gabinete derivados de consultas con médicos de primer contacto y/o especialistas.

Algunos estudios de laboratorio y gabinete requieren autorización previa de acuerdo con lo especificado en la lista publicada en la sección Mi Bupa dentro de bupasalud.com.mx

Cada pase para farmacia tendrá una vigencia de 7 (siete) días naturales a partir de la fecha de emisión.

Cada pase para estudios de laboratorio y gabinete tendrá una vigencia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de emisión.

Si por prescripción médica el personal o sus beneficiarios legales requieren servicios radiológicos o análisis clínicos, deberán presentar el pase médico con los proveedores médicos en convenio, con identificación oficial vigente y tarjeta de identificación del **Asegurado.**

En los estudios de alta complejidad, el médico tratante debe solicitar la autorización previa de **La Compañía** para los estudios indicados en la lista que podrá consultar en bupasalud.com.mx

Exclusiones particulares:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar una Enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes de diagnóstico.**
- **Exámenes de rutina.**
- **Exámenes para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer.**

6.4 MEDICAMENTOS

Se encuentran cubiertos los medicamentos prescritos por el **Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista**, siempre y cuando su indicación sea derivada del padecimiento, diagnóstico o cirugía cubiertos.

El **Asegurado** podrá surtir los medicamentos únicamente en las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

Exclusiones particulares:

- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y Especialista pertenecientes a la red de prestadores de servicios.**
- **No se cubren medicamentos homeopáticos.**
- **No se cubren medicamentos antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos, anorexigénicos (para la pérdida de peso).**
- **No se cubren medicamentos anticonceptivos, así como para los tratamientos contra la infertilidad, esterilidad y/o disfunción sexual.**
- **No se cubren latas de leche y/o fórmulas lácteas especiales.**

6.5 CIRUGÍA AMBULATORIA

La Compañía cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un **Médico** de primer contacto o **Especialista** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** que cuente con su

cédula de especialista y su certificación vigente emitida por el colegio de la especialidad.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

6.6 HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

La Compañía pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, así como los gastos pre y post operatorios**.**

6.7 ENFERMEROS CALIFICADOS

La Compañía cubrirá los gastos relacionados al cuidado de **Enfermeros** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, legalmente autorizados para ejercer y calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y sea **médicamente necesario**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** seguir el proceso indicado en la Cláusula **5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

6.8 TERAPEUTAS COMPLEMENTARIOS

La Compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **Tratamiento** con osteópatas, acupunturistas, homeópatas y quiroprácticos dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, legalmente autorizados para ejercer con el objeto de restaurar la función física normal del **Asegurado**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** seguir el proceso indicado en la Cláusula **5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

6.9 TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ORTÓPTICOS

La Compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **Tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos dentro dela **red de proveedores médicos en convenio**, legalmente autorizados para ejercer cuando así se especifique en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** seguir el proceso indicado en la Cláusula **5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

6.10 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

La Compañía pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos por el **Médico** cirujano de la red durante la cirugía ambulatoria.

6.11 EQUIPO MÉDICO DURABLE

La Compañía cubrirá los gastos derivados de la utilización de **equipo médico durable** y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrito por **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio**.
- Cumpla con la definición de **equipo médico durable.**
- Sea autorizado previamente por **La Compañía**.

La Compañía no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

7. HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)

Para todas las cláusulas de este apartado es necesario que el **Médico** tratante y el **Asegurado** soliciten autorización previa por parte de **La Compañía** y que el **Asegurado** siga el proceso indicado en la Cláusula **5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

7.1 ALOJAMIENTO EN EL **HOSPITAL** Y ALIMENTOS

La Compañía pagará los gastos generados por la **hospitalización** del **Asegurado**, siempre y cuando:

- Sea prescrito por **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio**.
- Exista una necesidad médica de permanecer en el **Hospital.**
- El **Tratamiento** sea proporcionado o administrado por un **Médico** especialista dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.
- La duración de su estadía sea médicamente justificada.

La Compañía no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo, suite VIP o similares. Si los gastos del Tratamiento están ligados a un tipo de habitación, **La Compañía** pagará el costo del Tratamiento al precio que se cobraría si ocupara un tipo de habitación estándar.

7.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE **HOSPITALIZACIÓN**

La Compañía cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentación para un acompañante dentro del hospital siempre y cuando el **Asegurado** sea menor de 18 (dieciocho) años y se encuentre recibiendo tratamiento derivado de algún padecimiento cubierto. Los gastos erogados se pagarán hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** que forma parte de su **Póliza.**

7.3 SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

La Compañía cubrirá los gastos generados por:

- Sala de operaciones.
- Sala de recuperación.
- Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación.
- Medicamentos y material de curación utilizados mientras el **Asegurado** esté internado en el **Hospital.**

En todos los casos, los gastos generados deberán estar médicamente justificados.

7.4 CUIDADOS INTENSIVOS

La Compañía cubrirá los gastos de **Tratamiento** en la unidad de **cuidados intensivos** cuando sea **médicamente necesario** y prescrito por un **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio** o cuando sea una parte esencial del **Tratamiento**.

7.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

La Compañía pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, así como los gastos pre y post

operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **Póliza**.

Los honorarios de **Médicos**, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando son **médicamente necesarios** durante la cirugía o **Tratamiento** y dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.

La Compañía cubrirá el costo de los honorarios de acuerdo con el **Tabulador de honorarios médicos.**

La Compañía no cubrirá los gastos médicos cuando el Asegurado reciba atención con proveedores fuera de red o no gestione el pago directo dentro de los proveedores médicos en convenio con La Compañía, excepto en el caso de emergencia médica grave.

En caso de reembolso **por emergencia médica grave,** y en caso de proceder, **La Compañía** cubrirá conforme al tabulador vigente lo siguiente:

- En una misma cirugía 2 (dos) o más procedimientos terapéuticos solo pagará el mayor o uno de ellos si son de igual monto.
- Si el mismo cirujano hace 2 (dos) intervenciones con 2 (dos) incisiones distintas en otra parte del cuerpo del **Paciente** se pagará 100% (cien por ciento) de la que tenga el valor más alto y el 50% (cincuenta por ciento) de la segunda.
- En el caso de un segundo cirujano de especialidad distinta al primer cirujano, se le pagará el 100% (cien por ciento).
- Una segunda intervención dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas se considera como la misma cirugía. Posterior a este lapso, se considerará como un procedimiento nuevo para efectos de este Contrato de Seguro.

En el caso de proceder el **Reembolso** por **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**, debido que no se encuentre un proveedor **médico** en convenio a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones prestadas al **Asegurado** por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

El **Reembolso** aplicará de acuerdo con el **Tabulador de honorarios médicos**, el cual podrá ser consultado a los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales y estará disponible para consulta en www.bupasalud.com.mx, sección “Mi Bupa”.

Todas las consultas, **Tratamientos** y servicios médicos postoperatorios deberán ser gestionados con la **red de proveedores médicos en convenio.**

7.6 PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO
La Compañía cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete siempre y cuando sea recomendado por un **Médico** Especialista dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **Asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible o no desarrollar una Enfermedad y/o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de los exámenes autorizados por La Compañía.**
- **Exámenes para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer.**

7.7 FONOAUDIÓLOGOS

La Compañía pagará los gastos derivados del **Tratamiento** suministrado por fonoaudiólogos si se requiere como parte de su **Tratamiento** hospitalario.

Lo anterior será procedente siempre y cuando estos **Tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **Enfermedad o Padecimiento** principal se encuentre debidamente cubierto por esta **Póliza**. Cualquier **Tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá autorización previa de **La Compañía**.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psico educacionales o psicopedagógicos, ni Tratamientos del desarrollo infantil.**
- **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, asesoría nutricional o cirugía y medicamentos.**

7.8 PRÓTESIS

La Compañía podrá pagar la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del **Tratamiento**. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.

Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos que se requieran a causa de una **Enfermedad** o **Accidente** cubierto por esta **Póliza,** hasta el monto indicado en el certificado de cobertura por **Asegurado,** una vez descontado el **Deducible** y **Coaseguro**.

Compra o renta a decisión y programación de **La Compañía**, de auxiliares mecánicos que se requieran a causa de una **Enfermedad** o **Accidente** cubierto por esta **Póliza** y de acuerdo con el **Tabulador de honorarios médicos**.

Solo se cubrirá por una vez en la vida de la **Póliza** y hasta la **Suma Asegurada** establecida en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**.

Para la procedencia de estos Beneficios, es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una Enfermedad o padecimiento preexistente.**
- **Aparatos robóticos, con servomecanismos y/o biotecnológicos**
- **Prótesis del oído.**
- **Mantenimiento de prótesis.**

7.9 IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS
La Compañía cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y aparatos:

Implantes prostéticos:

- Para reemplazar articulación o ligamento.
- Para reemplazar válvula cardiaca.
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial.
- Para reemplazar un músculo del esfínter.
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga.
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro.

Aparatos (ejemplos):

- Una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado.
- Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una **operación quirúrgica** decolumna vertebral.
- Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza cuello.
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa).
- Stent.

Para prótesis incluidas, prótesis robóticas y aparatos electromecánicos será cubierto de acuerdo con lo establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares

- **Implante coclear.**
- **Lente intraocular multifocal.**
- **Anillos intraestromales o intracorneales.**

7.10 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
La Compañía cubrirá los gastos relacionados con cualquier **Tratamiento** para restaurar la apariencia física del **Asegurado** después de un **Accidente**, **Padecimiento**, **Lesión** o cirugía. **La Compañía** podrá pagar por la cirugía cuando el **Padecimiento** original, **Lesión** o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua. El **Asegurado** deberá comunicarse con **La Compañía** para recibir autorización previa antes de someterse al **Tratamiento**.

En caso de labio leporino y defectos palatinos, **La Compañía** cubrirá el padecimiento exclusivamente en procedimientos quirúrgicos y **Tratamientos** en términos funcionales.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Cirugía que no sea médicamente necesaria y Tratamiento para alterar la apariencia o que sea considerada cosmética, tanto si se requiere o no, por razones médicas o**

psicológicas.
- **Cirugía cosmética o estética**
- **Implantes y expansores tisulares, excepto aquellos que sean necesarios para reparar el daño provocado por el Tratamiento de un padecimiento cubierto.**

Nota: si el **Médico** del **Asegurado** recomienda **Tratamiento** cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el **Asegurado** deberá comunicarse con **La Compañía** para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de **La Compañía**. De ser aprobado, los Beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y Beneficios establecidos en las presentes Condiciones Generales.

8. TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

La Compañía cubrirá los gastos generados por el **Tratamiento** dental **médicamente necesario** para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas cuando se cumpla con lo siguiente: i) se deriven de lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un **Accidente** que haya sido notificado en tiempo y forma y cubierto dentro del periodo de duración de **Tratamiento** especificado en la **Tabla de Beneficios** y, ii) el primer gasto que se genere dentro de los 30 (treinta) días siguientes al **Accidente**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:
- **Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier Enfermedad.**
- **Se excluyen piezas, restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio o de osmio.**

9. REHABILITACIÓN Y/O CUIDADOS PALIATIVOS

9.1 ENFERMERÍA EN CASA

La Compañía cubrirá los gastos que erogue el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** después de **Tratamiento** en el **Hospital** cubierto por esta **Póliza** cuando:

- Sea recetado por el proveedor médico en convenio facultado para ello.
- Comience inmediatamente después de que el **Asegurado** salga del **Hospital.**
- Se reduzca la duración de la estadía del **Asegurado** en el **Hospital.**
- Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a) calificado(a)** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** en casa del **Asegurado**, y
- Sea necesario(a) para proporcionar cuidados médicos, tales como administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera alta especialización y **sea médicamente necesario (no incluye cuidados asistenciales).**
- Se cubrirán máximo 30 (treinta) días, siempre que sea **medicamente necesario**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.**

9.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Se entenderá como cuidados paliativos aquellos que se otorgan a **Pacientes** que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, **La Compañía** pagará servicios de centros para **Pacientes** terminales y cuidados paliativos o en el domicilio del **Asegurado** o el que se señale, siempre y cuando cumpla con los requisitos mínimos para ello. Lo anterior procederá si el **Asegurado** recibe un diagnóstico de **Enfermedad** terminal y si el **Asegurado** ya no puede recibir **Tratamiento** que conduzca a su recuperación:

- Alojamiento en centro para **Pacientes** terminales o habilitación de domicilio designado.
- Cuidados de **enfermero(a).**
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal.
- Cuidados físicos, psicológicos y sociales.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

9.3 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

La Compañía pagará por la **rehabilitación multidisciplinaria** y fisioterapia, incluyendo rehabilitación neurológica en régimen de **hospitalización** o como **Tratamiento ambulatorio**, así como los gastos de habitación, alimentos y una combinación de **terapias** físicas como resultado de una condición que requiera dicho **Tratamiento**.

La Compañía solo cubrirá los gastos por **rehabilitación** y fisioterapia cuando:

- Haya recibido autorización previa al inicio del **Tratamiento,**
- Sea considerada **médicamente necesaria,** como resultado de un **Tratamiento** hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la **Póliza** para tratar dicha condición,
- Inicie dentro de los 30 (treinta) días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la fisioterapia o la **rehabilitación multidisciplinaria**.
- El **Médico** de primer contacto o **Médico** especialista dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** otorgará un pase de hasta 10 (diez) sesiones. Para sesiones posteriores, el **Asegurado** deberá acudir nuevamente con el **Médico** tratante para solicitar otro bloque de 10 (diez) sesiones hasta alcanzar el beneficio máximo mencionado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**. La vigencia de los pases será de hasta 180 (ciento ochenta) días naturales.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.**

10. COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

10.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS
La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta **Póliza** se aplicará tal como se indica en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

10.2 TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER
La Compañía cubrirá los gastos derivados de cualquier **Tratamiento** de cáncer, una vez que sea diagnosticado **por un Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio**, y haya transcurrido el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital,** incluyendo **trasplante** de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el **Tratamiento** contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamientos o medicamentos experimentales; esto es, que no estén debidamente aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.**
- **Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada.**
- **Los gastos relacionados con Tratamientos o medicamentos experimentales, cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos hayan sido cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.**

10.3 SERVICIO DE TRASPLANTES
La Compañía cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante**, una vez transcurrido el **Periodo de Espera** establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital,** incluyendo consultas con **Médicos** o especialistas de la **red de proveedores médicos en convenio** y el **Tratamiento** médico cuando el **Asegurado** se encuentre internado en el **Hospital** dentro de esa red, o como **Paciente ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- Córnea.
- Riñón.
- Páncreas.
- Hígado.
- Corazón.
- Pulmón.
- Médula ósea (no relacionado con cáncer).

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía y** el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula **5 "Cómo hacer uso de su póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo de **trasplante** y gastos médicos para **trasplante** de médula ósea, así como los **trasplantes** de células madre periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de **Tratamiento** de cáncer.

La Compañía cubrirá los gastos del **Donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **Donante** está **Asegurado** o no, de acuerdo con la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**, incluyendo:

- La recolección del órgano ya sea de un **Donante** vivo o muerto,
- Los gastos por compatibilidad de tejidos.
- Los gastos de **Hospital**/operación del **Donante,** y
- Cualquier complicación del **Donante,** hasta por un máximo de 30 (treinta) días de post operación únicamente.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante.**
- **La compra de un órgano donado de cualquier fuente o recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles Enfermedades o Padecimientos futuros.**
- **Los trasplantes de médula ósea con fines experimentales no están cubiertos.**

10.4 DIÁLISIS RENAL

La Compañía pagará la diálisis renal para **Paciente** hospitalizado o **Paciente Ambulatorio**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

10.5 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Una vez hayan transcurrido el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital, La Compañía** cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este periodo.

En caso de que la Enfermedad sea detectada o inicie durante el Periodo de Espera, no se cubrirán los gastos derivados de la misma durante la vida de la Póliza.

El **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

10.6 HALLUX VALGUS

Siempre y cuando no sea una **Enfermedad** o **padecimiento preexistente** y una vez haya transcurrido el **periodo de espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Vital, **La Compañía** se obliga a cubrir los gastos médicos y hospitalarios del tratamiento necesario para corregir Hallux Valgus/Hallux Rigidus y sus complicaciones hasta el monto máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** que incluye, pero no se limita a: utilización de aparatos ortopédicos, sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante extracción de una parte del hueso del dedo o mediante la liberación y anclaje de tendones.

Se aplican el **Deducible** y **Coaseguro** establecido en la **Tabla de Beneficios**.

El **periodo de espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su Plan Médica Vital para esta cobertura no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el médico tratante solicite autorización previa por parte de La Compañía y el Asegurado deberá seguir el proceso indicado en la Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza".

11 MATERNIDAD

11.1 MATERNIDAD

La Compañía pagará solamente a la **Asegurada Titular,** cónyuge o concubina **Dependiente** los gastos derivados del embarazo, atendido dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** hasta el límite establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital,** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva **Asegurada**. El **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** no podrá ser eliminado bajo ningún motivo.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

No aplica **Deducible** ni **Coaseguro.**

Esta cobertura solo aplica para los planes especificados en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

Exclusiones particulares - no se cubrirá lo siguiente:

- **Tratamiento para asistir en la reproducción, tales como:**
  - **Fertilización in-vitro (IVF).**
  - **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT).**
  - **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).**
  - **Inseminación artificial (1A).**
  - **Medicamentos recetados para la fertilidad.**
  - **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra) o gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen.**
- **Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo, salvo que exista una amenaza a la salud de la madre; planeación familiar, tales como consultas con el Doctor para discutir la posibilidad de embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.**

- **Embarazo, parto y complicaciones de maternidad derivadas de Tratamientos para asistir la reproducción.**
- **Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.**
- **Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.**

Esta cobertura únicamente aplica para Asegurada Titular, Cónyuge o concubina del Titular de la Póliza.

Para disfrutar de este beneficio, la **Asegurada Dependiente** que no sea cónyuge o concubina deberá optar por una **Póliza independiente** donde sea la **Asegurada Titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva **Asegurada**.

En caso de cambio de plan es posible que este **beneficio** no se otorgue en el nuevo plan. Por favor consulte previamente las Condiciones Generales del plan a contratar.

11.2 PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

La Compañía pagará solamente a la **Asegurada Titular,** cónyuge o concubina **Dependiente** los gastos derivados del parto atendido dentro de la **Red de Proveedores Médicos en Convenio** hasta el límite establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **Asegurada**.

El **Tratamiento** de parto incluye:

- Cargos de **Hospitales,** honorarios de obstetras y parteras por parto natural**,** siempre y cuando se encuentren dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.
- Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas.
- Hasta 7 (siete) días de cuidado rutinario para el **recién nacido.**
- No aplica **Deducible** ni **Coaseguro.**

En este tratamiento no aplica la eliminación de período de espera por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

11.3 CESÁREA

La compañía cubrirá a la **Asegurada Titular** o cónyuge o concubina **Dependiente** por gastos de **Hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de la cesárea atendida dentro de la **Red de Proveedores Médicos en Convenio** hasta el límite establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **Asegurada**.
No aplica **Deducible** ni **Coaseguro**.

En este tratamiento no aplica la eliminación de período de espera por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

11.4 TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

La Compañía cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o concubina **Dependiente** por los cuidados de maternidad y **Tratamiento** antes y después del parto con la **red de proveedores médicos en convenio** hasta el límite establecido en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **Asegurada**.

No aplica **Deducible** ni **Coaseguro**.

No aplica eliminación de **periodos de espera** por reconocimiento de antigüedad.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

11.5 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

La Compañía cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o concubina **Dependiente** por los gastos relacionados con cualquier **Tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto** siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos 10 (diez) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva **Asegurada**..

Aplica **Deducible** y **Coaseguro** contratados**.**

Por **complicaciones de maternidad y parto** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto cubierto; por ejemplo, preeclampsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o **recién nacido**.

Si requiere **hospitalización** por **emergencia médica grave** como resultado directo de **complicaciones de maternidad y parto**, la **Asegurada** deberá comunicarse **con La Compañía** dentro de las 24 (veinticuatro) horas después de ser hospitalizada y una vez que se encuentre médicamente estable podrá ser trasladada a un **Hospital** dentro de la **red de proveedores médicos en convenio**.

Es necesario que el **Médico** tratante solicite autorización previa por parte de **La Compañía** y el **Asegurado** deberá seguir el proceso indicado en la **Cláusula 5 "Cómo hacer uso de su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

11.6 INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **Póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo debe haber nacido de un embarazo cubierto. El **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales inmediatos siguientes al parto el acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **Solicitud de seguro** individual para gastos médicos mayores para incluir al **recién nacido** en la **Póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- El **recién nacido** no nace de un embarazo cubierto, o
- La notificación no es recibida durante los 30 (treinta) días naturales inmediatos siguientes al parto, o
- Ninguno de los padres ha cumplido los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo esta **Póliza,** o
- El **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

Aun cuando el recién nacido sea incluido bajo esta Póliza, si nace de un embarazo no cubierto, quedarán excluidas las complicaciones de maternidad o complicaciones del recién nacido durante el parto, entendiéndose aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preeclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte del feto o del recién nacido.

11.7 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Si nace de un embarazo cubierto, el **recién nacido** tendrá cobertura provisional automática por cualquier **lesión** o **Enfermedad** durante los primeros 30 (treinta) días de vida después del parto. Aplica **Deducible** y **Coaseguro Contratado**. El cuidado para el **recién nacido** solamente está amparado cuando nace de un embarazo cubierto y hasta el monto especificado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**.

La cobertura del **recién nacido** se extiende a cubrir cualquier **Lesión** o **Enfermedad** que esté presente, siempre y cuando se encuentre amparada por la **Póliza** contratada por el **Asegurado Titular** y/o **Contratante**.

Si dentro de los primeros 30 (treinta) días de vida, el **recién nacido** no es incluido en la presente **Póliza**, cesará la cobertura provisional automática.

12 TRASLADOS

12.1 AMBULANCIA AÉREA LOCAL

La Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local para transportar al **Asegurado**:

- De la ubicación de un **Accidente** al **Hospital,** o
- Para el traslado de un **Hospital** a otro.

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia aérea** sea:

- **Médicamente necesaria,**
- Utilizada para el traslado hacia el centro médico dentro de la **red de proveedores médicos en convenio** más cercano donde el **Asegurado** pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo,
- Relacionada al **Tratamiento** que esté cubierto y que el **Asegurado** necesite recibir en el **Hospital.**

Este beneficio es sin límite de eventos.

Una **ambulancia aérea** local podrá no estar disponible en los casos en que la situación local lo imposibilite, sea peligroso o que el acceso al área sea impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera o dentro de una zona de guerra. **La Compañía no pagará por rescate en montañas**.

Es necesario autorización previa de La Compañía y debe ser gestionado a través de la red de proveedores médicos en convenio.

Este beneficio tendrá un Coaseguro fijo del 20% (veinte por ciento) para cualquier opción de Coaseguro contratado y no se aplicará para esta cobertura el tope de Coaseguro. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada y sea gestionado con la red de proveedores médicos en convenio.

12.2 AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

La Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia terrestre** local utilizada para transportar al **Asegurado:**

- De la ubicación de un **Accidente** al **Hospital**

- Para el traslado de un **Hospital** a otro, o
- De su casa al **Hospital**

Este beneficio es sin límite de eventos.

Esta cobertura será procedente cuando la **ambulancia terrestre** local sea:
- **Médicamente necesaria,** y
- Relacionada al **Tratamiento** que esté cubierto y que el **Asegurado** necesite recibir en el **Hospital.**

Es necesario autorización previa de **La Compañía** y debe ser gestionado a través de la **red de proveedores médicos en convenio**.

13 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA

Sin menoscabo de la **Suma Asegurada** contratada que se detalla en la Carátula de la **Póliza**, se establecen $150,000,000 (ciento cincuenta millones de pesos 00/100 MXN) 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, Enfermedad o Padecimiento** de acuerdo con las condiciones y términos señalados en este contrato de seguro. Salvo las **Enfermedades** o **Padecimientos** a los que se les especifique una **Suma Asegurada de por Vida** y así aparezca descrita en las Condiciones Generales o en la **Tabla de Beneficios**.

III. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

Las exclusiones de esta sección aplican en conjunto con las demás exclusiones que se mencionan en estas Condiciones Generales.

Para todas las exclusiones en esta sección, así como para cualquier exclusión y restricción que aparezca en las Condiciones Generales de la Póliza de seguro, La Compañía no proporciona cobertura o Beneficios por Enfermedades y/o Padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Enfermedades o Padecimientos preexistentes no declarados al momento de contratar la Póliza o sus complicaciones.**
- **Enfermedades o Padecimientos y Tratamientos excluidos.**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de Enfermedades o Padecimientos y/oTratamientos excluidos.**
- **Complicaciones que resulten de Enfermedades y/o Padecimientos y Tratamientos excluidos.**
- **Estudios de carácter preventivo.**
- **En caso de que algún padecimiento presente sintomatología o sea diagnosticado durante el Periodo de Espera general o específico, será considerado exclusión por todas las vigencias de la Póliza.**

Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto íntegro de las presentes Condiciones Generales.

1. **SERVICIOS ATENDIDOS FUERA DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO:**

   Gastos médicos no gestionados a través del proceso descrito en la cláusula 5 "Cómo hacer uso de su póliza", dentro de la red de proveedores médicos en convenio con La Compañía, excepto los casos descritos en las presentes Condiciones Generales.

2. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO.
El Tratamiento por cualquier lesión, Enfermedad o padecimiento que resulte de participar en actividades y/o deportes de alto riesgo, ya sea ocasional o amateur o por compensación o como profesional.

3. ADMISIÓN ELECTIVA
La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por La Compañía.

4. ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS
Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a Asegurados con Enfermedades o condiciones cubiertas bajo la Póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando esa sea la única forma dealimentación posible para mantener la vida del Paciente.

5. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS
Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastosrelacionados con la crio preservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

6. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO
Cualquier cirugía electiva o cosmética, procedimientos, tratamientos, tecnologías, medicamentos, artículos y/o suministros que no son medicamente necesarios para el tratamiento de una lesión derivada de un Accidente o Enfermedad o padecimiento cubierto y que solo son proporcionados para mejorar, alterar, aumentar o manipular la calidad de una condición actual, la cual podrá incluir ojos, cabello, visión, tabique nasal, dientes, oído, tamaño físico, capacidad atlética, capacidad sexual y/o cualquier otro atributo mental o físico que no caiga dentro de estas categorías.

7. TERAPÍA COMPLEMENTARIA
Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa o en cualquier establecimiento similar que no sea un Hospital y que forme parte de una terapia complementaria, o de medicina alternativa o de medicina tradicional.

8. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO
Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o Tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la Póliza.

9. CIRUGIA ROBÓTICA
Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica.

10. CONFLICTO Y DESASTRE
Cualquier gasto o Tratamiento por contaminación nuclear o química, guerra, huelga, revolución, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares si el Asegurado:

- **Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,**
- **Participó activamente, o**
- **Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.**

11. CONTROL DE NATALIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Métodos anticonceptivos, esterilización masculina o femenina, reversión de esterilización, terminación del embarazo, salvo que exista una amenaza a la salud de la madre, así como los de planeación familiar, tal como consultas del Asegurado con su Médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

12. CONSULTAS RELACIONADAS A TRASTORNOS MENTALES:
No serán cubiertas las consultas psicológicas y/o psiquiátricas que no estén directamente relacionadas con un Accidente o Enfermedad cubierta.

13. CONSULTA NUTRICIONAL:
No serán cubiertas las consultas nutricionales que no estén directamente relacionadas con un Accidente o Enfermedad cubierta.

14. CONSULTA ODONTOLÓGICA:
No serán cubiertas las consultas odontológicas que no estén relacionadas directamente con un Accidente o Enfermedad cubierta.

15. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO
No se cubrirán Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico o desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y Tratamientos de autismo están también excluidos.

16. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO
Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los Beneficios Cubiertos.

17. DESÓRDENES DE SUEÑO
Tratamiento, medicamentos y estudios de laboratorio para insomnio, apnea de sueño, ronquidos o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios de sueño.

18. DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL
Consultas y Tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la Póliza, así como las provenientes de Enfermedades trasmitidas sexualmente.

19. ENFERMEDADES POR EPIDEMIA Y/O PANDEMIA
No está cubierto el diagnóstico, Tratamiento y/o complicaciones, derivadas de cualquier Enfermedad epidémica y/o pandémica; tampoco están cubiertas las vacunas, ni los Tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier Enfermedad epidémica y/o pandémica.

20. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL
Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por La Compañía.

21. CONSULTAS Y TRATAMIENTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD:

- **Nutrición.**
- **Psicología.**
- **Psiquiatría.**
- **Quinesiólogos.**
- **Quiropráctico.**
- **Especialistas en Rehabilitación relacionados a adicciones.**

22. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES
Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
23. EXÁMENES GENÉTICOS
Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible o no de desarrollar una Enfermedad y/o padecimiento, y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

La Compañía no pagará por exámenes utilizados para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer.

24. EXÁMENES / TRATAMIENTO / CONSULTAS PREVENTIVAS
Cualquier examen de rutina que no sea parte del control recurrente de un padecimiento amparado, procedimiento, consulta o Tratamiento preventivo, incluyendo los que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible de desarrollar una Enfermedad.
Exceptuando tamiz auditivo, cardiaco y metabólico neonatal.

25. EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS

Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial.

26. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN

No están cubiertos los gastos relacionados a las amenidades y/o artículos de uso personal que suelen ser otorgados al Paciente al momento del ingreso al hospital (tales como pero no limitados a: pasta dental, cepillo dental, shampoo, pantuflas, etc.).

27. GASTOS EXCESIVOS

Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del Tratamiento que se ha recibido.

28. GASTOS POR DONACIÓN ELECTIVA DE ÓRGANOS

Cuando el Asegurado sea el donante no se cubrirá ningún gasto por estudios, tratamientos y/o complicaciones médicas o quirúrgicas que esta donación electiva pueda producir.

29. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

Tratamiento de cualquier lesión, Enfermedad o padecimiento, o cualquier gasto que resulte de cualquier Tratamiento, servicio o suministro:

- **(a) Que no sea médicamente necesario, o**
- **(b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico, Doctor o profesional acreditado, o**
- **(c) Que no sea autorizado o recetado por un Médico o Doctor, o**
- **(d) Que está relacionado con el cuidado asistencial o**
- **(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**

Cualquier exclusión particular de la Póliza, ya sea por Condiciones Generales o por virtud de un Endoso, excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión, excepto que derive de un padecimiento cubierto y previamente autorizado por La Compañía.

30. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO

Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, Enfermedades o Padecimientos auto infligidos por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado.
Enfermedades o tratamientos derivados de suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave.

31. LESIONES POR RIÑAS

Se excluyen Tratamientos de lesiones, Enfermedades o Padecimientos, así como Accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el Asegurado participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el Asegurado haya

sido el provocador.

32. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA
Cuando el Paciente sufre de una lesión, Enfermedad o padecimiento que requiera Tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el Paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, La Compañía se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. La Compañía no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del Paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos Tratamientos resulten en la recuperación del Paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, La Compañía puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos Tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del Asegurado.

33. MATERNIDAD SUBROGADA
Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la Asegurada actúa como madre subrogada o cuando una tercera persona actúa como tal para el Asegurado.

34. MEDICAMENTOS SIN RECETA
Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

35. MEDICINA HIPERBÁRICA
Medicina hiperbárica incluida cámara hiperbárica.

36. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES
Órganos mecánicos o animales, excepto cuando temporalmente se utiliza un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente, recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles Enfermedades o Padecimientos futuros.

37. PODOLOGÍA
Cuidado podiátrico para cualquier patología, incluidas las Enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones. Se excluyen así mismo los zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.

38. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA O EN INSTALACIONES MÉDICAS SIN LA CERTIFICACIÓN REQUERIDA
Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico que no cuente con las acreditaciones legales correspondientes o tratamientos realizados en instalaciones médicas no reconocidas legalmente.

39. DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Cualquier estudio y/o Tratamiento para diagnosticar y/o asistir o procurar la reproducción, de forma enunciativa más no limitativa:

- **Pruebas de fertilidad.**
- **Fertilización in-vitro (IVF).**
- **Transferencia intratubárica de gametos (GIFT).**
- **Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).**
- **Inseminación artificial (1A).**
- **Tratamiento de medicamentos recetados.**
- **Traslado del embrión (de una ubicación física a otra).**
- **Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen.**

40. TRATAMIENTO DENTAL

Cualquier Tratamiento o servicio dental no relacionado con un Accidente cubierto o después de 30 (treinta) días de la fecha de un Accidente cubierto, o aquéllos que sin derivar de un Accidente no están debidamente señalados bajo la cobertura dental especificada en la Tabla de Beneficiosde su Plan Médica Vital.

41. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos, asesoría nutricional o cirugía.

42. TOXICOMANÍA Y/O DROGADICCIÓN

Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

En caso de Accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el Asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por la sala de urgencias, La Compañía se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el Accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

43. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

Tratamientos en cualquier institución gubernamental cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración y/o aportaciones voluntarias.

44. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

La Compañía no pagará por Tratamientos, estudios o medicamentos experimentales, que no estén aprobados por el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos a través de la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o la autoridad de salud competente.

La Compañía no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

La Compañía no pagará por ningún costo relacionado con Tratamientos o medicamentos experimentales si estos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

45. TRATAMIENTOS MAXILARES

Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a: anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

46. TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO

Cualquier Tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo Tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, independientemente de la razón o padecimiento que haya dado origen a la receta médica.

47. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

La Enfermedad mental o trastorno mental, así como Tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Se excluyen así mismo los Tratamientos para corregir trastornos de la conducta, trastornos alimenticios, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de Enfermedades o Accidentes cubiertos.

48. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES

Cualquier Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta Póliza.

49. SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL

Tratamiento de lesiones y/o Enfermedad o Padecimiento que se produzcan mientras el Asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

50. VISIÓN
Tratamiento, equipo o cirugía para corregir la refracción visual, como Tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía foto refractiva (PRK).

51. VACUNAS
Cualquier vacuna aplicada con la finalidad de generar inmunidad activa y duradera contra una Enfermedad, estimulando la producción de defensas.

IV. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE
Daño, trauma o **Lesión** provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado **Accidente** bajo los términos de esta **Póliza**, la primera atención médica y gasto, debe recibirse dentro de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes al evento. En caso contrario, el siniestro se procesará como una **Enfermedad** o **Padecimiento**. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, solo se considerarán **Accidentes** cuando exista fractura o ruptura, según aplique o politraumatismos.

2. ACCIDENTE GRAVE
Daño, trauma o **Lesión** provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. Para ser considerado **Accidente** grave bajo los términos de esta **Póliza**, se considerará a aquel que ponga en riesgo la vida del **Asegurado**.

3. ACTIVIDADES Y/O DEPORTES DE ALTO RIESGO
Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5 (cinco), pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de 30 (treinta) metros, puentismo (salto en bungee), o la participación en cualquier deporte extremo, ya sea por compensación o como profesional.

4. AMBULANCIA AÉREA
Transporte aéreo de **Emergencia** desde el **Hospital** donde el **Asegurado** está ingresado hasta el **Hospital** más cercano donde se le puede proporcionar el **Tratamiento** adecuado.

5. AMBULANCIA TERRESTRE
Unidad móvil especializada para el transporte de **Emergencia** del **Asegurado** hacia un **Hospital**.

6. ANEXO
Un documento añadido a la **Póliza** por **La Compañía** que agrega y detalla una cobertura opcional.

7. AÑO CALENDARIO
Del 1º (primero) de enero al 31 (treinta y uno) de diciembre del mismo año.

8. AÑO PÓLIZA
El periodo de 12 (doce) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la **Póliza**, y cualquier periodo subsiguiente de 12 (doce) meses.

9. ASEGURADO TITULAR
El **Asegurado** nombrado por el **Contratante** en la **Solicitud de Seguro.** Esta persona está facultada para recibir el **Reembolso** de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

10. ASEGURADO

La persona para quien se ha completado una **Solicitud de Seguro,** para quien se ha pagado la prima y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por **La Compañía**. El término **Asegurado** incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **Dependientes** cubiertos bajo esta **Póliza**.

11. BENEFICIOS CUBIERTOS

Tratamiento y Beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital.**

12. **LA COMPAÑÍA**

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

13. CAT

Centro de atención telefónica.

14. CARÁTULA

Documento que forma parte de la **Póliza** que especifica la **Fecha Efectiva**, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.

15. CIRUGÍA AMBULATORIA

Procedimiento quirúrgico de corta estancia menor a 24 (veinticuatro) horas. Se considerarán como tales las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas.

16. CIRUGÍA O TERAPIA COSMÉTICA

La cirugía o terapia cosmética se define como aquella que es realizada para mejorar o cambiar la apariencia por razones de autoestima o para tratar sintomatologías psicológicas o problemas psicosociales con la apariencia.

17. CIRUGÍA PROGRAMADA

Es una solicitud que realiza de manera anticipada el **Asegurado** a fin de que se autorice el Pago Directo de una intervención quirúrgica que amerite hospitalización; cuando la Aseguradora cuenta con la información requerida y se determina procedente, se podrá dar la autorización correspondiente.

18. COASEGURO

Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos Beneficios que el **Asegurado** debe pagar en adición al **Deducible**. El **Coaseguro** se calcula después de aplicar el **Deducible** correspondiente.

19. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Patología o tratamiento de una situación adversa directamente imputable al embarazo o al alumbramiento. Se entenderá como complicaciones del embarazo cualquiera de los siguientes supuestos, siendo enunciativos mas no limitativos:

- Aquellas que provocan alguna **Enfermedad** o descompensación en el estado de salud de la madre **Asegurada** como consecuencia del embarazo.
- Aquellas que requieran **Tratamiento médico** subsecuente a la terminación del embarazo cubierto.
- Aquellas que provocan complicaciones en el recién nacido no relacionadas con **Padecimientos Congénitos**.

20. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida, incluyendo, pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

21. CONTRATANTE
La persona que firma la **Solicitud de Seguro** para obtener cobertura y que se obliga al pago de la prima.

22. CONTRATO
El presente **Contrato** celebrado entre **La Compañía** y el **Asegurado**, bajo el cual **La Compañía** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado** por gastos relacionados con los **Beneficios Cubiertos** en que incurra. Lo conforman la **Solicitud de Seguro**, la **Carátula** de **Póliza** o **certificado**, los **Endosos**, si los hubiere; las presentes Condiciones Generales, el recibo de pago de primas**,** así como los **Listados** y **Tablas** a que se refieren las citadas Condiciones Generales.

23. CONSULTA MÉDICA
Es la atención brindada por un **Médico** general, **Médico** familiar o especialista, dependiendo del nivel de complejidad; incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se procura el restablecimiento de la salud del **Paciente**, la determinación de un diagnóstico y la fase en donde se limitan los factores de riesgo asociados al estado de **Enfermedad**, los cuales pueden ser complementados con un **Tratamiento** farmacológico prescrito a criterio del **Médico**.

24. CONSULTA MÉDICA DE RUTINA
Proceso de atención médica preventivo, efectuado por un profesional de la salud, en el cual se realizan una historia clínica detallada y una exploración física general del paciente y que se recomienda realizar anualmente.

25. COPAGO
Cantidad establecida en el certificado de cobertura que el **Asegurado** deberá pagar por cada consulta con **Médico** de primer contacto, especialista o interconsulta, previamente elegido y que pertenezca a la **red de proveedores médicos en convenio.** El **Asegurado** deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención médica.

26. CUIDADO ASISTENCIAL
Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debeser proporcionada por un **técnico de la salud** o **asistente de enfermería**.

27. CUIDADOS INTENSIVOS
Los **cuidados intensivos** incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **Tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de terapia intensiva/unidad de **cuidados intensivos** (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad de Cuidado Coronario (UCC): una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

28. CULPA GRAVE
Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del **Asegurado**.

29. DEDUCIBLE
El **Deducible** individual es la cantidad anual de los **Beneficios Cubiertos** que debe ser pagada por el **Asegurado** por cada **Año Póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los Beneficios de la **Póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El **Deducible** familiar es la cantidad máxima por **Póliza** por concepto de pago de **Deducible** equivalente a la suma de dos **Deducibles** individuales por **Año Póliza**.

30. DEPENDIENTE
Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **Póliza** y nombrada en la **Carátula** de la **Póliza**.

31. DIAGNÓSTICO

Determinación médica acerca del **Asegurado** con respecto a su salud, con base en sus síntomas, signos, evolución de una **Enfermedad** o lesión y realización de exámenes o estudios médicos (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier examen o estudio médico aplicable), basado en la naturaleza del padecimiento.

32. DONANTE

Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona **(receptor**).

33. EMERGENCIA MÉDICA GRAVE

Enfermedad o **Padecimiento** que se manifiesta por **Signos** o **Síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad de uno o más órganos vitales del **Asegurado**. Se consideran como órganos vitales: el cerebro, corazón, hígado, riñón, pulmones y bazo, si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

34. EMERGENCIA MÉDICA SENTIDA

Enfermedad o padecimiento en la que el **Asegurado** presenta signos o síntomas que no presentan peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **Asegurado**.

35. EMBARAZO CUBIERTO

Embarazo que cumpla con el **Periodo de Espera** y no sea derivado de alguna exclusión particular de la cobertura de Maternidad.

36. ENDOSO

Documento que previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas forma parte integrante de la **Póliza** y que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un **Endoso** siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

37. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Condición anormal o alteración en la salud del **Asegurado** que ha sido diagnosticada por un **Médico o Doctor** legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

38. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Se considerará preexistente cualquier **Enfermedad** o **Padecimiento**:

1. Que haya sido declarado antes de la celebración del **Contrato**, y/o;
2. Que en un expediente o informe médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del **Contrato**, y/o;
3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del **Contrato**, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
4. Por el que previamente a la fecha de celebración del **Contrato**, el **Asegurado** haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un **Diagnóstico** o **Tratamiento** médico de la **Enfermedad** y/o **Padecimiento** de que se trate.

39. ENFERMERO(A)

Profesional legalmente autorizado por las autoridades sanitarias locales para prestar cuidados de enfermería.

40. 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 periodo 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 la Secretaría de Salud Federal del Gobierno Mexicano, 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.

41. EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee Beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **Enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características:

(a) Ser ordenado por un **Médico,**
(b) Ser resistente al uso prolongado,
(c) Ser usado para un propósito médico y
(d) Ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

42. ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo o **Médico, doctor** que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión**, **Enfermedad o padecimiento** que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

43. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Un estado de pérdida de conciencia profundo sin **Signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **Signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

44. EXTRAPRIMA

Cantidad adicional de prima que el **Asegurado** se obliga a pagar a **La Compañía**, por cubrir un **Riesgo Agravado**.

45. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **Síntomas** de un **Paciente**.

46. FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la **Fecha Efectiva** de la **Póliza**.

47. FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día de manera consecutiva del siguiente año **Póliza**. La renovación ocurre solamente en la **Fecha de Aniversario** de la **Póliza**.

48. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

49. FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la **Carátula** de la **Póliza**.

50. GASTOS CUBIERTOS

Los cargos hospitalarios, honorarios profesionales, gastos por auxiliares diagnósticos y/o terapéuticos, tratamientos e insumos médicos derivados de padecimientos cubiertos bajo la **Póliza,** previa aplicación del

Deducible y **Coaseguro** contratados.

51. GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

Se entenderá como el costo máximo indemnizable para un tratamiento o procedimiento médico, tal como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquiera otros tipos de gastos cubiertos 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 acuerdos que **La Compañía** tiene con los hospitales y/o proveedores en convenio.

52. HOSPITAL

Toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de **Pacientes** que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con **Médicos** y enfermeras titulados las 24 (veinticuatro) horas del día. No se considera **Hospital** a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para **Tratamientos** naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.

53. HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del **Asegurado** a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **Enfermedad o Padecimiento** también debe justificar la necesidad médica para la **Hospitalización**. El **Tratamiento** que se limita a la sala de **Emergencias** no se considera una **Hospitalización**.

54. INSUFICIENCIA DE RED MÉDICA

Se considera **insuficiencia de Red Médica** cuando no se cuente con la infraestructura y/o cobertura geográfica de proveedores médicos disponibles a una distancia menor a 30 (treinta) km de la ocurrencia del siniestro amparado.

No se considerará **insuficiencia de Red médica** en los siguientes casos:

1. Cuando la especialidad o necesidad requerida por el **Asegurado** no sea medicamente necesaria o justificada.
2. Cuando el **Asegurado** no acepte acudir con el proveedor médico señalado para recibir la atención médica.

55. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

56. LESIÓN DEPORTIVA

Se refiere a los tipos de lesiones que ocurren con mayor frecuencia durante los deportes o el ejercicio, como esguinces, torceduras, fracturas y /o rupturas por estrés. Este tema de salud se centra en los tipos de lesiones deportivas que afectan los músculos, los tendones, los ligamentos y los huesos.

57. LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** como la cantidad máxima acumulada que el **Asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **Accidente, Tratamiento, Enfermedad o Padecimiento**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en el **Contrato** de Seguro.

58. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

Los **Tratamientos** para el **Mantenimiento Artificial** de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el **Paciente** tiene una condición tratable, el **Tratamiento** para el **Mantenimiento Artificial** de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el **Tratamiento** para **Mantenimiento Artificial** de la vida. En esos casos,

es la condición subyacente, no el acto de descontinuar el **Tratamiento**, lo que produce la muerte.

59. MÉDICAMENTE NECESARIO

El **Tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por **La Compañía** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **Tratamiento** de una **Enfermedad**, **padecimiento** o **lesión**. **El Tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:**

(a) **Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite);**

(b) **No es apropiado para el diagnóstico o Tratamiento del Asegurado;**

(c) **Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o Tratamiento adecuado;**

(d) **Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).**

60. MEDICAMENTO

Sustancia o mezcla de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

61. MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIALIDAD

Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

62. MEDICAMENTOS POR RECETA

Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un **Médico**.

63. MÉDICO O DOCTOR O PROFESIONAL MÉDICO

Profesional **Médico** que cumple con el aval de las autoridades de educación superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión.

64. MÉDICO DE PRIMER CONTACTO

Profesional **Médico** que practica la medicina general, familiar, pediatría, geriatría, ginecología y/o odontología.

65. MÉDICO ESPECIALISTA

Profesional **Médico** que cuenta con una certificación en el ramo de especialización del **Tratamiento** de la **lesión**, **Enfermedad o Padecimiento** que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

66. MXN

Anotación oficial para referirse al peso mexicano, la moneda de curso legal en la República Mexicana.

67. NUTRICIONISTA

Profesionales que deben estar entrenados adecuada y legalmente calificados para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **Tratamiento**.

68. OPERACIÓN DE COASEGURO

Es un contrato por virtud del cual dos o más entidades aseguradoras dan cobertura sobre un mismo riesgo con

una participación específica entre ambas. En este caso, **HDI** y **BUPA**.

69. OPERACIÓN QUIRÚRGICA
Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

70. PACIENTE INTERNADO
Persona que recibe un **Tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **Hospital.**

71. PADECIMIENTO CONGÉNITO
Enfermedad que está presente desde el nacimiento del bebé, puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del (embrión/bebé/producto; o un término más *ad hoc*). Estas **Enfermedades** pueden ser anatómicas o estructurales y aparentes a simple vista o no como en el caso de alguna malformación interna, igualmente puede ser de tipo metabólicas que afecten al funcionamiento de algún órgano sin que se altere su estructura.

72. PAÍS DE NACIONALIDAD
El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** o **Contratante** y que este ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a **La Compañía** por escrito.

73. PAÍS DE RESIDENCIA
El país en el que el **Asegurado Titular** ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia fija, o en sudefecto, su país de origen o el lugar que hubiese informado posteriormente a **La Compañía** por escrito.

74. PAGO DIRECTO
Pago de los gastos médicos cubiertos por un siniestro amparado que **La Compañía** realiza de manera directa a la **red de proveedores médicos en convenio** previamente elegidos por el propio **Asegurado** para su atención médica.

75. PANDEMIA
Una **Epidemia** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población durante un periodo de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundialde la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud.

76. PERÍODO AL DESCUBIERTO
Periodo en el cual el **Asegurado** no goza de Beneficios del presente Contrato de Seguro, el cual se genera por la falta de pago de primas.

77. PERIODO DE ESPERA ESPECÍFICO
Algunos **Beneficios Cubiertos** están sujetos a **Periodos de Espera** específicos, los cuales están establecidos en su **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital**. Esto significa que el **Asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados condichos **Beneficios Cubiertos** que se hayan realizado antes de que haya sido completado el **Periodo de Espera** específico correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios**.

78. PERIODO DE ESPERA GENERAL
Periodo establecido en su **Tabla de Beneficios de su Plan Médica Vital** que debe ser completado antes de que el **Asegurado** pueda presentar una reclamación.

79. PERIODO DE GRACIA
El periodo de tiempo de 30 (treinta) días después de la **fecha de vencimiento** de la prima durante el cual **La Compañía** permitirá que la **Póliza** sea pagada.

80. PLAN

Se define por el **Deducible**, **Coaseguro**, **Suma Asegurada**, territorialidad, **Endosos** y/o condiciones especiales contratadas.

81. PÓLIZA

Su contrato de seguro con **La Compañía**, tal como está descrito en la **Cláusula 1 "su Póliza"** de las presentes Condiciones Generales.

82. PRIMA

Aportación económica que debe pagar el **Contratante** a **La Compañía** en contraprestación por la cobertura de seguro.

83. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS

Es el servicio mediante el cual **La Compañía** autoriza el **Pago Directo** de los gastos médicos amparados de un siniestro.

84. PRÓTESIS

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

85. PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.ORG o www.ukctg.nihr.ac.uk).

86. PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA

Profesional que está legalmente calificado y que cuenta con licencia para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde el **Paciente** esté recibiendo el **Tratamiento**.

87. RECIÉN NACIDO

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

88. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

Se refiere a la presentación de información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas, y/o alteradas; así como la omisión de la presentación de información verídica (ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados) en el trámite de un siniestro.

89. RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

Hospitales, **Médicos**, laboratorios y farmacias con los que **La Compañía** ha celebrado convenios de **pago directo**. Dicha red podrá sufrir modificaciones en cualquier momento y sin previo aviso, ya que mantiene una actualización constante.

90. REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Tratamiento o una combinación de varios **Tratamientos** de **terapias** como física, ocupacional y del habla, que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

91. REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

La rehabilitación neurológica tiene el objetivo de tratar a personas que han perdido capacidad motora, funcional y cerebral a consecuencia de traumatismos, alguna **Enfermedad** o a trastornos del sistema nervioso.

92. RENOVACIÓN

Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado** fue incluido al **Plan Médica Vital.**

93. SIGNOS
Son las manifestaciones visibles de una **Enfermedad o Padecimiento** constatadas por el **Médico o Doctor** tratante.

94. SINIESTRO
Término que define la ocurrencia del evento previsto en la **Póliza** de Seguro.

95. SÍNTOMA
Referencia que da un **Asegurado** al **Médico o Doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

96. SOLICITUD DE SEGURO
Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre si mismo y sus **Dependientes**, usada por **La Compañía** para determinar la aceptación del riesgo. La **Solicitud de Seguro** también incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por **La Compañía**, su historial médico, cuestionarios y otros documentos proporcionados a, o solicitados por **La Compañía** antes de la emisión de la **Póliza**.

97. SUMA ASEGURADA
Monto en pesos mexicanos asignado por **Asegurado** y por **Año Póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **Póliza**, para cubrir vía **Reembolso** o **Pago Directo** a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **Asegurado** en la vigencia en curso, por **Accidentes**, **Enfermedades** o **Padecimientos** cubiertos bajo la **Póliza**, de acuerdo con 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**, **Enfermedades o Padecimientos** cubiertos ocurridos durante el mismo **Año Póliza**. Al concretarse la **Renovación** de la **Póliza**, se establecerá una nueva **Suma Asegurada** por **Asegurado**, por **Año Póliza** para los gastos incurridos por **Accidentes**, **Enfermedades o Padecimientos** cubiertos por la **Renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **Accidentes**, **Enfermedades o Padecimientos** cubiertos en las vigencias previas, aun para aquellos **Accidentes**, **Enfermedades o Padecimientos** cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la **Suma Asegurada** por **Asegurado**, por **Año Póliza**.

98. SERVICIOS MÉDICOS
Atención y **Tratamiento** que brinda un profesional **Médico** con el fin de diagnosticar un problema médico.

99. SUMA ASEGURADA DE POR VIDA
Monto en pesos mexicanos asignado para determinados padecimientos señalados en el Contrato de Seguro, el cual no es reinstalable de forma anual, es decir, es un monto de **Suma Asegurada** único por todo el tiempo que dure el seguro y sus renovaciones.

100. TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS
Valor máximo asociado a cada procedimiento médico o quirúrgico, determina el importe máximo que pagará **La Compañía** al **Médico** de la **red de proveedores médicos en convenio**, es descriptivo más no limitativo.

101. TABLA DE BENEFICIOS
Listado que forma parte de la documentación contractual de la **Póliza** que incluye las cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos por su **Plan Médica Vital** que serán pagados una vez que superen el **Deducible** anual aplicable detallado en la **Carátula** de la **Póliza**.

102. TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA
Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a)**, como tomar la temperatura y la presión arterial del **Paciente**. También ayudan al **Paciente** a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para **Pacientes** que no necesitan atención médica

constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

103. TERAPIA COMPLEMENTARIA
Los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa”, utilizados indistintamente junto con “medicina tradicional”,hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

104. TERAPIA OCUPACIONAL
El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previenen y mantienen la salud, favorecen la restauración de la función, suplen los déficits invalidantes y valoran los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo entodos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

105. TERAPEUTA COMPLEMENTARIO
Profesional como un acupunturista u homeópata que está legalmente calificado y cuenta con licencia por parte de la autoridad competente para realizar su práctica.

106. TERAPEUTA DEL HABLA
Los profesionales deben estar debidamente entrenados y legalmente calificados para proporcionar terapia relacionada con **Enfermedades o Padecimientos** del habla y deben tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes.

107. TITULAR
La persona física a quien corresponden los datos personales.

108. TOPE DE COASEGURO
Monto máximo indicado en el **Certificado** de cobertura que pagará el **Asegurado** por concepto de **Coaseguro**.

109. TRASPLANTE
Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

110. TRATAMIENTO
Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **Enfermedad o Padecimiento** o **Lesión** con el objeto de que el **Asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

111. TRATAMIENTO AMBULATORIO
Tratamiento suministrado en el **Hospital**, consultorio, oficina del **Médico o Doctor**, o clínica para **Pacientes** ambulatorios en donde el **Asegurado** no se quede durante la noche o como un **Paciente** durante el día para recibir el **Tratamiento**.

112. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA
Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **Signos o Síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **Asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

113. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO
Tratamiento de una **Enfermedad o Padecimiento** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

114. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos controlados y que aún no se consideran tratamientos estándar para su uso de manera generalizada y aun no cuentan con autorización para su aplicación por las diferentes autoridades de salud, tales como la Secretaría de Salud para la República Mexicana o la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América).

115. TUTOR LEGAL

Persona que se encargará del cuidado de otra persona menor de edad o incapacitada judicialmente (a falta de los progenitores o no estando bajo su patria potestad) y de sus bienes, es decir, llevará a cabo las funciones correspondientes a la tutela. En caso de que la patria potestad sea ejercida mancomunada por los padres del menor o en caso de que el **Asegurado** esté bajo la tutela de una persona física o moral sin fin de lucro y que su finalidad principal sea la atención y protección de personas incapaces legales y/o naturales, estos tomarán las decisiones y asumirán las obligaciones de la **Póliza**.

116. VACUNAS

Preparación que se aplica a una persona con la finalidad de generar inmunidad activa y duradera contra una **Enfermedad** estimulando la producción de defensas; compuesta de manera enunciativa por: toxoides, bacterias, virus vivos atenuados o muertos o con ingeniería genética u otras tecnologías, que se administran para el fin antes descrito**.**

117. ZONA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

Área geográfica elegida en el momento de la contratación que determina el alcance de la cobertura.

V. AVISO DE PRIVACIDAD

HDI Seguros S.A. de C.V., con domicilio Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México. En su carácter de Responsable, recaba Datos Personales con el objetivo de brindarle los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las **finalidades primarias**: I) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; II) facturación y cobranza; III) determinar hábitos de conducción, IV) telemática y telemedicina; V) atención y seguimiento de siniestros; VI) prevención de fraudes o delitos; VII) Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; VIII) gestionar la prestación de las coberturas y/o los Beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; IX) servicios de reparación, X) pago de indemnizaciones y reembolsos; XI) cobro de deducibles y recuperaciones; XII) coaseguro y reaseguro; XIII) estadística, XIV) venta de salvamentos; y XV) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas; y **finalidades secundarias**: I) mercadotecnia e investigaciones de mercado; II) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; III) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por HDI, IV) realizar encuestas de servicio y V) prevención de riesgos. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral visite www.hdi.com.mx/aviso-privacidad.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atencióna Usuarios (UNE) de **Bupa** ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 52021701 / 800 227 3339, correo electrónico une@Bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

VI. ANEXO DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros solo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los Artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante **Endosos** adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado enel primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del Artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos deadhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del **Artículo 25** de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio Artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que esta determine mediante disposiciones de carácter general. El **Contrato** o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción solo podrá ser ejercida por el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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 estas 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 calcularáaplicando 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 esta 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 correspondientesdeberán 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.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitirla comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este

efectúe dicho remate. En los **Contratos** que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los **Contratos** que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un **Contrato** en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados **Contratos** para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ARTÍCULO 492.- "Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139, 139 Quáter,148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca y deba conocer en el momento de la celebración del **Contrato**.

Artículo 9.- Si el **Contrato** se celebra por un representante del **Asegurado**, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero **Asegurado** o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo seconsiderarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.

Artículo 47.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el **Contrato**,

aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- El **Asegurado** deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el **Asegurado** omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

Artículo 55.- Si el **Asegurado** no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el **Asegurado** perderá las primas anticipadas.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del **Asegurado** o **Beneficiario** toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el **Asegurado**, el **Beneficiario** o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.
Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (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.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I. En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
II. En 2 (dos) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.
Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realizacióndel siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento deque trata el artículo 37 de la presente ley.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I) El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I BIS. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II) La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III) En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV) La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

V) La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el Artículo 68 Bis.

VI) La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII) En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que esta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el Artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII) En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará

constar enel acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX) La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X) Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conformea la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la **Suma Asegurada** y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a este para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el Artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para

la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes: I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los Artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
2) Sabotaje, previsto en el Artículo 140;
3) Terrorismo Internacional, previsto en los Artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
5) Robo, previsto en el Artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los Artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el Artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en este, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia. No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado,y por afinidad hasta el segundo; y
c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el Artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de este hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento

de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita. Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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 03 de julio de 2024, con el número CNSF-S0027-0259-2024/CONDUSEF-006494-01.

Cláusula. Limitación y Exclusión de Sanciones y Embargos

La Compañía no estará obligada a dar cobertura, pagar reclamación o prestar beneficio relacionado con la Póliza, si pudiera exponerla a cualquier sanción, prohibición o restricción, de acuerdo con las resoluciones de la Organización de las Naciones Unidas, así como con leyes y regulaciones relacionadas con estas sanciones, prohibiciones o restricciones, vigentes en México, Estados Unidos de Norteamérica, Unión Europea o Reino Unido, siempre y cuando el país que imponga la sanción, restricción o prohibición, tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a lo señalado en la presente cláusula.

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 26 de marzo de 2025, con el número CGEN-S0027-0006-2025.

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. participan a través de una operación de coaseguro, por lo que en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como "La Compañía", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución.