



Condiciones Generales

Plan Médica Vital

CONTENIDO

I.	CLÁUSULAS GENERALES	3
II.	COBERTURA BÁSICA	18
III.	EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES	37
IV.	DEFINICIONES	45
V.	AVISO DE PRIVACIDAD	54
VI.	ANEXO DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	55

PRELIMINAR

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, CON PARTICIPACIÓN EN COASEGURO POR 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.:

Montes Urales No.745- 1er. piso, Col. Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000.

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

Conviene 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 el 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 traducción de este **Contrato** a cualquier otro idioma se puede ofrecer como un servicio para el **Asegurado**; sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

1.4 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**.

1.5 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

2.1 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.

2.2 La Compañía cubrirá los gastos relacionados con los **Beneficios Cubiertos mediante pago directo o reembolso 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”** de estas Condiciones Generales.

2.3 **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.**

2.4 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. 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 hasta el límite de la **Suma Asegurada Contratada**.
- (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 dentro de los 8 (ocho) días naturales siguientes al **Accidente** dentro de la red de proveedores médicos en convenio.
En caso de **emergencia médica grave** derivada de un **Accidente** cubierto, el **Asegurado** podrá solicitar reembolso.
- (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.

2.5 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** 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** detallado en la **Carátula** de la **Póliza**.
- (b) Se aplicará un tope máximo de **Coaseguro** por **Póliza**, por **Año Póliza**, detallado en la **Carátula** de la **Póliza**.
- (c) No se aplicará el tope máximo cuando el **Asegurado** reciba asistencia fuera de la **red de proveedores médicos en convenio** con La Compañía en los casos especificados en las presentes **Condiciones Generales**.
- (d) Cuando el **Asegurado** reciba asistencia fuera de la **red de proveedores médicos en convenio** no recibirá cobertura por parte de la **Póliza**. 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**. En este caso aplicará 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. En este caso aplicará el **Coaseguro** contratado.
- (e) **Cuando el Asegurado decida recibir asistencia 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 elegido la opción de Coaseguro 0 (cero).**
- (f) 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)**.
- (g) En caso de un **Accidente** cubierto no se aplicará **Coaseguro**.

Para pago directo o 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 **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.

2.6 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.

2.7 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 La Compañía), quien a su vez proporcionará a La Compañía 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.**

2.8 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, 53 fracción I y 55 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**.

3.1 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 semestrales, trimestrales o anuales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y La Compañía no garantiza la entrega de los mismos. 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.**

3.2 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, transferencia y/o depósito, harán prueba plena de cargo, hasta en tanto La Compañía entregue el comprobante correspondiente.

4. SUBROGACIÓN

4.1 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 plenos derechos 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.

4.2 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 <https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores> o en el sitio <https://www.bupasalud.com.mx/> o llamando al CAT a los teléfonos mencionados en estas Condiciones Generales, para seleccionar al proveedor médico de su preferencia.

El Asegurado deberá agendar la cita con el Médico de primer contacto dentro de la red de proveedores médicos en convenio quien podrá emitir un pase para los siguientes servicios:

- Procedimiento en consultorio – se requiere autorización previa para procedimientos especificados dentro de la lista que podrá consultar en la sección “Mi Bupa” dentro de Bupasalud.com.mx o consultar en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales.
- Cita con **Médico** especialista e interconsulta.
- Medicamentos (autorización previa para medicinas de alta especialidad, ambas listas estarán publicadas en la sección “Mi Bupa” dentro de bupasalud.com.mx).
- Estudios de laboratorio y gabinete (autorización previa para los mencionados en la lista publicada en la sección “Mi Bupa” dentro de bupasalud.com.mx).
- Cirugía ambulatoria – autorización previa.
- Hospitalización – autorización previa.
- **Tratamientos** médicos – autorización previa.

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**.

Como se hace mención en la **Cláusula 5 “Cómo hacer uso de su Póliza”** de las presentes Condiciones Generales, el **Asegurado** deberá acudir a un **Médico** de primer contacto dentro de la red y deberá pagar el monto de la consulta al proveedor médico. Al finalizar la atención médica, en caso de ser necesario, el **Asegurado** recibirá un pase con la indicación del servicio subsecuente; en éste se indicará si el monto de la atención será cubierto a través de pago directo o por el **Asegurado**.

5.2 PROCESO DE REEMBOLSO

Únicamente será sujeto a reembolso las atenciones o servicios otorgados por un proveedor de la red de proveedores médicos en convenio y siguiendo el proceso descrito en las presentes Condiciones Generales,

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 completar y firmar los formatos de reembolso y reclamación correspondientes publicados en el sitio web <https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores> o en el sitio <https://www.bupasalud.com.mx/> y enviarlo a BUPA vía correo electrónico a vmxservicio@bupa.com.mx.

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.
- 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.

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.

La forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago. Aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

5.3 PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

El **Médico** deberá solicitar la autorización previa para los **Servicios Médicos** indicados en estas Condiciones Generales de forma directa con La Compañía, en caso de hospitalización, el **Asegurado** deberá firmar el formulario de reclamación correspondiente el cual podrá encontrar dentro de el sitio web <https://www.bupasalud.com.mx/> o en el sitio web <https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores> por lo menos 72 (setenta y dos) 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 el siguiente inciso 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](https://www.bupasalud.com.mx) o al portal [hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores](https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores) para consultar la red.
2. Seleccionar libremente al proveedor de servicios médicos y agendar cita.
3. Acudir a la cita en donde podrá recibir un pase 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 formatos 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**.

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

hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores

bupalud.com.mx

Servicio al cliente:

Por teléfono de lunes a viernes de 8:00 am. a 5:00 pm. y sábado de 8:00 am. a 3:00 pm. 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**.

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 red, el **Asegurado** deberá seguir el proceso de **reembolso** y aplicará de acuerdo con 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" en bupalud.com.mx.

El objetivo de La Compañía es pagarle directamente a la red de proveedores médicos en convenio por concepto de cualquier beneficio cubierto. Únicamente en los casos especificados en la presente cláusula, el **Asegurado** podrá solicitar el **Reembolso** a La Compañía y la atención deberá ser dentro de la red de proveedores médicos en convenio, exceptuando los casos de **emergencia médica grave** recibida fuera de la red de proveedores médicos en convenio y de los que no se haya podido gestionar un pago directo. 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 médicamente posible. En este caso, se aplicará el tabulador de honorarios médicos, el cual podrá ser consultado en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales.

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.

5.6 Para reclamaciones de **Dependientes** que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de una institución educativa como evidencia de que en el momento de emitir la **Póliza** o renovarla, dichos **Dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular y/o Contratante** confirmando que dichos **Dependientes** son solteros. En caso contrario, 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.**

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

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

5.8 A continuación, se mencionan los dos únicos 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.

En caso de cobertura provisional del recién nacido para la prueba **tamiz auditivo y metabólico neonatal** únicamente vía **reembolso**. El **Asegurado** deberá de completar y firmar el formato correspondiente publicado dentro bupalud.com.mx o en la página web hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores y enviarlo a **BUPA**.

El **reembolso** correspondiente a **emergencia médica grave** o a la prueba de **tamiz auditivo y metabólico neonatal**, aplicará de acuerdo con 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 página web bupalud.com.mx

En cualquier caso, la forma de pago será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria que corresponda. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda, es responsabilidad del receptor del pago. Aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

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, capital o renta, 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**, **Beneficiario** o tercero dañado, 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.**

5.3 DIRECTORIO DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS EN CONVENIO

La Compañía se obliga a comunicar al **Asegurado**, a través de la página web <https://www.hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores> o <https://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 bupasalud.com.mx y en la red de hdi.com.mx/personas/seguro-gastos-medicos-mayores

6. RENOVACIÓN

6.1 Conforme a las disposiciones aplicables, La Compañía no podrá negar la **Renovación** de su **Póliza** por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 20 (veinte) 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.

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.

En cada **Renovación** se aplicará el **Deducible** contratado que corresponda al plan, si el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

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

6.2 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**, siempre y cuando 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.

La Compañía comunicará por escrito al **Asegurado Titular** y/o **Contratante** la aceptación y sus condiciones específicas, o en su caso, 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 aceptar la solicitud de rehabilitación, La Compañía otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la **Póliza**.

6.3 Cuando el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del **Asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple, de acuerdo con las reglas que al efecto señalan estas Condiciones Generales.

No obstante, 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**.

7. CAMBIOS A SU PÓLIZA

7.1 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.

7.2 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.

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

7.4 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.

7.5 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.**

8. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

8.1 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.

9. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

9.1 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.

9.2 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 del **Asegurado Titular y/o Contratante** a La Compañía.

9.3 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.

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.

9.4 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.

9.5 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**.

9.6 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 las 00:01 y termina a las 24:00 horas:

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

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

10.1 El objetivo de La Compañía bajo esta **Póliza** es cubrir al **Asegurado mediante pago directo a 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**.

10.2 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**.

10.3 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.

11. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

11.1 El **Asegurado Titular y/o Contratante** estará obligado a comunicarle por escrito a La Compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del **Asegurado Titular y/o Contratante** o de cualquier **Dependiente**. **La Compañía no será responsable de las consecuencias en caso de que el Asegurado Titular y/o Contratante y/o sus Dependientes hayan omitido notificarle tales sucesos.**

El **Asegurado Titular y/o Contratante** también estará obligado a proveer a La Compañía toda la información disponible y necesaria para la tramitación, por parte de La Compañía, de las reclamaciones presentadas por el mismo. **La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a La Compañía a rescindir la Póliza sin necesidad de declaración judicial y liberará a La Compañía de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la Póliza.**

Asimismo, 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 consentimiento expreso para su revelación a La Compañía para estos fines.

12. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

12.1 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.

12.2 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.

13. QUEJAS

Para consultas, aclaraciones y quejas relacionados con los productos y servicios:

Teléfono: 55 6826 9292

Correo electrónico: atencioncliente@bupa.com.mx

En caso de consulta o inconformidad con los servicios y productos contratados, el **Asegurado Titular y/o Contratante** podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de **Bupa**, quien resolverá lo conducente otorgando respuesta formal.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec

C.P. 11000, 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 horas y viernes 08:00 a 15:00 horas.

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

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle,

Ciudad de México, C.P. 03100

Teléfono: 55 5340 0999 / 800 999 80 80

Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx

Página web: gob.mx/condusef

13.1 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.

14. COMPETENCIA

14.1 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.

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

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** o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- (b) 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 hdi.com.mx/condicionesgenerales. 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 a 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 el pago directo 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 la red de proveedores médicos en convenio 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 bupasalud.com.mx o en la página electrónica hdi.com.mx/personas/gastosmedicosmayores en caso de hospitalización. Para los servicios mencionados a continuación, el **Médico** tratante deberá solicitar de forma directa autorización previa a La Compañía.

Medicamentos de alta especialidad y costo al público arriba 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 de bupasalud.com.mx.

Estudios de laboratorio y gabinetes de acuerdo a lista publicada en la sección “Mi Bupa” dentro de bupasalud.com.mx

- (a) Hospitalizaciones
- (b) Cirugías ambulatorias
- (c) Ambulancia aérea
- (d) Procedimiento en consultorio general o especialista de acuerdo con la lista publicada en la sección “Mi Bupa” dentro de bupasalud.com.mx
- (e) Equipo médico durable y apoyos médicos (oxígeno, CPAP’s, camas hospitalarias)
- (f) Terapias físicas y de rehabilitación
- (g) Enfermería
- (h) Maternidad
- (i) **Tratamientos** médicos (Trasplante de órganos, **Tratamientos** contra el cáncer, diálisis)
- (j) Prótesis
- (k) 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** tiene unos **Periodos 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 **Accidentes** 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.

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 de Seguro** nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la **Póliza** se encuentre en vigor. Además, **en el caso de preexistencias 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 de proveedores médicos en convenio 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) Rinoseptoplastía,
- (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 MXN

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** a continuación descritos.

La Compañía solo cubrirá como parte de los **Beneficios Cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que 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.

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**.

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 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.

Exclusiones particulares

- **Las consultas de carácter preventivo.**

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, identificándose con dicho proveedor médico con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por La Compañía 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 primer 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.

Se excluyen las consultas derivadas de las siguientes especialidades:

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

CONSULTAS, MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE SOPORTE DIAGNÓSTICO

La Compañía cubrirá a través de pago directo y de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos publicado en bupasalud.com.mx el costo de la consulta (primer contacto y **Médico** especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio) así como medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete derivados de esta, previos al diagnóstico con los **Médicos** de primer contacto y/o especialistas. **Sin embargo, en el caso de que el diagnóstico revele un padecimiento o Enfermedad fuera de cobertura en términos del Contrato de Seguro, entonces no se cubrirán los gastos posteriores a la detección del padecimiento o Enfermedad.**

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.

7. TRATAMIENTO AMBULATORIO

7.1 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 **Ciáusula 5 “Cómo hacer uso de su Póliza”** de las presentes Condiciones Generales.

7.2 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

La Compañía pagará los gastos derivados de **exámenes de diagnóstico**, estudios de laboratorio y/o gabinete cuando dichos estudios sean recomendados por un **Médico** de primer contacto o **Médico Especialista** de la red de proveedores médicos en convenio, una vez que el **Asegurado** cuente con el pase emitido por el **Médico**

tratante dentro de esta red.

El **Asegurado** deberá acudir a los laboratorios y gabinetes señalados en la red de proveedores médicos en convenio y deberá de identificarse con el proveedor **Médico** dentro de esta red con una identificación oficial vigente y la tarjeta expedida por La Compañía que lo identifique como **Asegurado**.

Cada pase emitido por **Médico** de primer contacto y **Médico** especialista dentro de la red de proveedores médicos en convenio tiene una vigencia de 30 (treinta) días naturales a partir de la emisión.

Si por prescripción médica el **Asegurado Titular** o sus **Dependientes** requieren servicios radiológicos o análisis clínicos, deberán presentar el pase médico con los proveedores médicos en convenio, con identificación oficial vigente y la 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 - no se cubrirá lo siguiente:

- **Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible o 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.**

7.3 HONORARIOS MÉDICOS

La Compañía pagará los honorarios de acuerdo con los tabuladores de honorarios médicos con la red de proveedores médicos en convenio, por concepto de consulta con especialistas, **Médicos** o **Doctores** dentro de esa red, y gestionado por pago directo dentro de la misma red, tal como se indica en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** para:

- Proponer un **Tratamiento**.
- Dar seguimiento al **Tratamiento** recibido previamente.
- Recibir consultas o **Tratamientos** pre y post hospitalarios.
- Prescribir medicamentos.
- Efectuar el diagnóstico relacionado con los **Síntomas** manifestados.

Exclusiones particulares -no se cubrirá lo siguiente:

- **Consultas con especialistas, Médicos o Doctores relacionadas con planificación familiar, así como las consultas para discutir sobre un posible embarazo o utilizar métodos anticonceptivos.**
- **Consultas y Tratamientos para asistir la reproducción, como los que se mencionan a continuación:**
 - **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, transferencia y/o conservación de óvulos y/o semen.**

- **Consultas de rutina y Tratamientos preventivos**
- **Consultas para recibir Tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la Póliza.**

7.4 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.

7.5 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.

7.6 TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y ORTÓPTICOS

La Compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **Tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos dentro de la 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.

7.7 MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN

La Compañía pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por el **Médico** o especialista de la red de proveedor médicos en convenio de forma previa y que sean necesarios para tratar una **Lesión, Enfermedad o Padecimiento** que no se encuentre excluido en estas Condiciones Generales o los **Endosos** que se hayan convenido.

La prescripción de medicamentos se hará exclusivamente a través de la receta médica establecida y expedida por el proveedor médico de la red de proveedores médicos en convenio de La Compañía.

Los medicamentos prescritos por la red de proveedores médicos en convenio serán surtidos única y exclusivamente en las farmacias que estén incluidas dentro del Directorio de dicha red.

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**.

La Compañía no absorberá costo alguno por medicamentos que no sean prescritos por los **Médicos** de la red de Proveedores médicos en convenio, ni se intercambiarán recetas de **Médicos** particulares.

En caso de **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de la red citada 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, se podrá realizar el **Reembolso** por concepto de medicamentos y materiales de curación siempre y cuando se cumpla con lo estipulado en la **Cláusula 5ª “Cómo hacer uso de su Póliza”** de las presentes Condiciones Generales. El **Reembolso** aplicará de acuerdo con 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 bupalud.com.mx, sección “Mi Bupa”.

La lista de medicamentos también está disponible para consulta en bupalud.com.mx, sección “Mi Bupa” y en los teléfonos de atención al cliente de las presentes Condiciones Generales.

En caso de que la farmacia no cuente con los medicamentos prescritos por el **Médico** de la red de proveedores médicos en convenio, el **Asegurado** se podrá comunicar con La Compañía para recibir opciones.

Para medicamentos de alta especialidad 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.

7.8 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.

8. 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.

8.1 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.

8.2 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN

La Compañía cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentos diarios para un acompañante siempre y cuando el **Asegurado** se encuentre recibiendo **Tratamiento** cubierto.

Los gastos incurridos dentro del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de 18 (dieciocho) años se pagarán hasta el máximo indicado en la **Tabla de coberturas y beneficios** que forma parte de la carátula de su **Póliza**.

8.3 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.

8.4 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**.

8.5 CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIOLOGOS

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**, La Compañía cubrirá:

- 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 **Reembolso** por **emergencia médica grave** que no haya sido atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio y por pago directo, 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 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 y a través de pago directo.

8.6 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 y gestionado por pago directo 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.**

8.7 FISIOTERAPEUTAS Y FONOAUDIÓLOGOS

La Compañía pagará los gastos derivados del **Tratamiento** suministrado por fisioterapeutas o 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, asesoríanutricional o cirugía y medicamentos.**

8.8 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. La Compañía pagará solo por la prótesis inicial.**
- **Aparatos robóticos, con cervomecanismos y/o biotecnológicos**
- **Prótesis del oído.**
- **Mantenimiento de prótesis**

8.9 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
- Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa)
- 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.

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**

8.10 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.

9 TRATAMIENTO DENTAL

9.1 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 o prótesis con componentes distintos a resina simple o acero inoxidable.**

10 REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS

10.1 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 que 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**. Se cubrirán máximo 6 (seis) 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.**
- **El Asegurado deberá comunicarse con La Compañía para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio, el cual podrá no ser pagado a menos que la autorización previa haya sido otorgada.**

10.2 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.

10.3 REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y FISIOTERAPIA

La Compañía pagará por la **rehabilitación multidisciplinaria** y fisioterapia en régimen de **hospitalización** o como **Tratamiento ambulatorio**, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de **terapias** físicas y de fonoaudiología 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.
- 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.
- 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.**

11 COBERTURA PARA TRATAMIENTOS Y ENFERMEDADES ESPECÍFICOS

11.1 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.

11.2 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.

11.3 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
- Intestino delgado
- Riñón
- Riñón/páncreas
- Hígado
- Corazón
- Pulmón
- Corazón/pulmón
- Médula ósea (no relacionado con cáncer)

El **Asegurado** deberá comunicarse a La Compañía para recibir autorización previa por parte del **Médico** de la red mencionada antes de someterse al **Tratamiento**.

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.

11.4 DIÁLISIS RENAL

La Compañía pagará la diálisis renal para **Paciente** hospitalizado o **Paciente Ambulatorio** siempre y cuando sea preautorizada por el **Médico** 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.

11.5 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.

12 MATERNIDAD

12.1 MATERNIDAD/PARTO

La Compañía pagará solamente a la **Asegurada Titular**, cónyuge o concubina **Dependiente** los gastos derivados del embarazo, parto y **complicaciones del recién nacido** de maternidad atendida dentro de la red de proveedores médicos en convenio y gestionada a través de pago directo, 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. En caso de cambio de plan con **Endoso de continuidad de cobertura**, este **Periodo de Espera** deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.

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**.

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.

12.2 PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL

Superado el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** y transcurridos 10 (diez) meses consecutivos desde que la **Asegurada Titular**, cónyuge o concubina **Dependiente** esté cubierta bajo la **Póliza**, La Compañía cubrirá a dicha **Asegurada**:

El **Tratamiento** de maternidad y 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 y hayan sido gestionados por pago directo.
- 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**.

Para esta cobertura no aplica continuación de cobertura ni eliminación de Periodo de Espera.

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.

12.3 CESÁREA

Una vez superado el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura consecutiva bajo la **Póliza**, 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 parto por cesárea cuando sea **Médicamente Necesaria** y haya sido pre

autorizada por un **Médico** de la red de proveedores médicos en convenio.

Para esta cobertura no aplica continuación de cobertura ni eliminación de Periodo de Espera.

No aplica Deducible ni Coaseguro.

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.

12.4 TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL

Una vez superado el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **Póliza**, 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. **No aplica Endoso de continuidad de cobertura o de eliminación de Periodos de Espera por reconocimiento de antigüedad.**

No aplica Deducible ni Coaseguro.

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.

12.5 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

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

Una vez superado el **Periodo de Espera** detallado en la **Tabla de Beneficios** de su **Plan Médica Vital** y transcurridos los 10 (diez) meses de cobertura continua bajo la **Póliza**, 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**.

Aplica Deducible y Coaseguro contratado.

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**.

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de La Compañía. La **Asegurada** deberá contactar a La Compañía para recibir autorización previa, si es posible. 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.

12.6 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 7 (siete) 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 7 (siete) 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.

La incorporación del **recién nacido** en la **Póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

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.

12.7 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 7 (siete) 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 7 (siete) días de vida, el **recién nacido** no es incluido en la presente **Póliza**, cesará la cobertura provisional automática.

La Compañía cubrirá el **tamiz auditivo y metabólico neonatal** únicamente vía **reembolso**. El **Asegurado** deberá de completar y firmar el formato correspondiente publicado en bupasalud.com.mx, sección "Mi Bupa" y enviarlo a La Compañía. El **Reembolso** aplicará de acuerdo con el **tabulador de honorarios médicos**, que puede ser consultado en los teléfonos de atención al cliente señalados en estas Condiciones Generales y estará disponible para consulta en bupasalud.com.mx, sección "Mi Bupa".

13 TRASLADOS

13.1 AMBULANCIA AÉREA LOCAL

La Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local utilizada 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**. Este beneficio debe ser aprobado previamente por La Compañía.

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

13.2 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:

- **Medicamento 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 **pago directo** con la red de proveedores médicos en convenio.

14 BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA

Sin menos cabo de la **Suma Asegurada** contratada que se detalla en la carátula de la **Póliza**, se establecen \$100,000,000 (Cien 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.

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/o Tratamientos excluidos.
- Complicaciones que resulten de Enfermedades y/o Padecimientos y Tratamientos excluidos.
- Los servicios que no se encuentren dentro de los hospitales y/o red de proveedores médicos en convenio.
- Estudios de carácter preventivo.

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. 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 por compensación o como profesional.

2. 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.

3. ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS

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

4. 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 gastos relacionados con la criopreservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

5. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cirugía o Tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o Tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión y/o deformidad derivados de un Accidente o Enfermedad cubierto que compromete la funcionalidad de un órgano, aparato o sistema corporal, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.). También está excluido cualquier Tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido causado por trauma.

6. TERAPIA 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.

7. 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.

8. CIRUGIA ROBÓTICA

Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica.

9. 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.

10. CONTROL DE NATALIDAD

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.

11. 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.

12. CONSULTA NUTRICIONAL:

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

13. CONSULTA ODONTOLÓGICA:

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

14. 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

finés psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni Tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y Tratamientos de autismo están también excluidos.

15. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO

Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los Beneficios Cubiertos.

16. 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.

17. 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 transmitidas sexualmente.

18. 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.

19. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por La Compañía.

20. Consultas y Tratamientos derivados de las siguientes especialidades relacionadas con la salud:

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

21. 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.

22. 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.

23. EXAMENES / 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.

24. EXÁMENES VISUALES/AUDITIVOS

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

25. 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.).

26. 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.

27. GASTOS NO CUBIERTOS

Gastos médicos no gestionados a través del proceso de pago directo descrito en el apartado de Uso de tu Póliza dentro de la red de proveedores médicos en convenio con La Compañía. Exceptuando en caso de emergencia médica grave y tamiz auditivo, cardiaco y metabólico neonatal.

28. 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. Por tanto, el Asegurado nunca tendrá cobertura de una exclusión bajo esta Póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitándose a causas mórbidas y/o Accidentes.

29. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS

Cualquier cuidado o Tratamiento debido a lesiones, Enfermedades o Padecimientos auto infligidos por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del Asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier Accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de Accidentes 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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.

33. MEDICAMENTOS SIN RECETA

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

34. 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.

35. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Cualquier Enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como se especifique en la Tabla de Beneficios de su Plan Médica Vital.

36. PODOLOGÍA

Cuidado podiátrico para cualquier patología, incluidas las Enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (por ejemplo, Hallux Valgus). Se excluyen así mismo los zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.

37. PROFESIONAL MÉDICO Y/O PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O INSTALACIÓN MÉDICA QUE NO CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o Tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.

38. 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

39. 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 Beneficios de su Plan Médica Vital.

40. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

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

41. MEDICINA HIPERBARICA:

Medicina hiperbárica, incluida cámara hiperbárica.

42. 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.

43. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

La Compañía no pagará por Tratamientos 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 éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

44. 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.

45. 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.

46. 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.

47. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES

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

48. 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.

49. VISIÓN

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

50. 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, debe recibirse dentro de los primeros 8 (ocho) 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 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 (bungee jumping), 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. 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.

16. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **Póliza**, una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea en ningún caso son consideradas una complicación de maternidad.

17. 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.

18. CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)

Esta **Póliza** ofrece continuidad en la cobertura, lo cual implica que La Compañía reconoce la antigüedad generada con otras compañías o con otro plan de La Compañía, con ello se asegura que no haya ningún lapso

sin cobertura al cambiar de compañía o de un plan a otro, para efecto de reducir la antigüedad previa, en los plazos de **Periodo de Espera** que en particular se señalen en la **Póliza** (excepto Maternidad y SIDA). Sin embargo, esta continuidad no implica que se cubrirán siniestros iniciados con otras compañías o en otros planes de La Compañía.

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 de dicho beneficio establecido en la **Tabla de Beneficio** de su **Plan Médica Vital**.

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

19. CONTRATANTE

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

20. 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.

21. 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**.

22. CUIDADO ASISTENCIAL

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

23. 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**.

24. CONDICIONES PREEXISTENTES

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

- (a) Que previamente a la celebración del **Contrato**, se haya declarado la existencia de dicho **Padecimiento** y/o **Enfermedad**, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un **Médico** legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete. O por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- (b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el **Asegurado** haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la **Enfermedad** o **padecimiento** de que se trate, podrá solicitar al **Asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- (c) Que previamente a la celebración del **Contrato**, el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un **Tratamiento** médico de la **Enfermedad** o **padecimiento** de que se trate.

25. 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**.

26. DEPENDIENTE

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

27. 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**).

28. 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.

29. EMBARAZO CUBIERTO

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

30. 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.

31. 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.

32. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Son aquellas **Enfermedades**, condiciones o **Padecimientos** existentes previamente a la celebración del **Contrato** o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **Médico o Doctor** legalmente autorizado, o bien que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la **Póliza**.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el **Asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **Enfermedad o Padecimiento** de que se trate, podrá solicitar al **Asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellas **Enfermedades o Padecimientos** por los que previamente a la celebración del **Contrato**, el **Asegurado** haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir el **Tratamiento** médico de la **Enfermedad o Padecimiento** de que se trate.

La Compañía podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **Asegurados** que se someta a un examen médico. Al **Asegurado** que se haya sometido a dicho examen, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de

preexistencia respecto de **Enfermedad o Padecimiento** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, o que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

33. ENFERMERO(A)

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

34. 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.

35. 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.

36. 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.

37. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

38. FECHA DE ANIVERSARIO

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

39. 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**.

40. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

41. FECHA EFECTIVA

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

42. 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.

43. 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**.

44. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

45. 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.

46. 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.

47. 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.).**

48. MÉDICO O DOCTOR

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.

49. MÉDICO DE PRIMER CONTACTO

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

50. 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).

51. MXN

Anotación oficial para referirse al peso mexicano, la moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

52. 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**.

53. OPERACIÓN QUIRÚRGICA

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

54. PACIENTE

Persona que recibe un **Tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **Hospital** únicamente durante el día.

55. 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 mas *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.

56. PAÍS DE NACIONALIDAD

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

57. 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 su defecto, su país de origen o el lugar que hubiese informado posteriormente a La Compañía por escrito.

58. 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.

59. 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 Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud.

60. 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 con dichos **Beneficios Cubiertos** que se hayan realizado antes de que haya sido completado el **Periodo de Espera** específico correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios**.

61. 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.

62. 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.

63. PÓLIZA

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

64. 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).

65. 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**.

66. RECIÉN NACIDO

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

67. 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.

68. 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.

69. RENOVACIÓN

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

70. SIGNOS

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

71. 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.

72. 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**.

73. 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**.

74. SERVICIOS MEDICOS

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

75. 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.

76. 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**.

77. 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.

78. 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.

79. 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 en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

80. 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.

81. 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.

82. TITULAR

La persona física a quien corresponden los datos personales.

83. 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.

84. 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.

85. 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**.

86. 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.

87. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLOGICO

Tratamiento de una **Enfermedad o Padecimiento** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

88. 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**.

89. 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.

90. 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 hdi.com.mx/aviso-privacidad/

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de **Bupa** ubicada en Montes Urales 745, primer piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 52021701 ext. 5432, 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 en el 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 de adhesión, 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 ésta 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 éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
 - a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c) La obligación principal.En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora

que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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 éste 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 realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta 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 de que 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 ésta 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 ésta 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 ésta 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 en el 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, éste 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 conforme a 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, ésta 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 éste 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 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia. Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los Artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los Artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor **lesión** o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor participe del hecho o la reincidencia en su caso. Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción. Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los Artículos 40 y 41.

Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud; Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por

suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos. El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento.

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.
- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior. Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el Artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento. Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el Artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el Artículo 194 de este Código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el Artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el **tratamiento** de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el Artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para

- resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
 - IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
 - V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
 - VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el Artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
 - VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo. Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de **médico** legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el Artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada.

Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el Artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa.

Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad. Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años. Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior. Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el Artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión. Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo

o comisión públicos. La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los Artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del **Tratamiento** que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente. Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al **Tratamiento** médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

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 éste, 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 inculpaado 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 éste 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 21 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0027-0348-2022/CONDUSEF-005469-01.