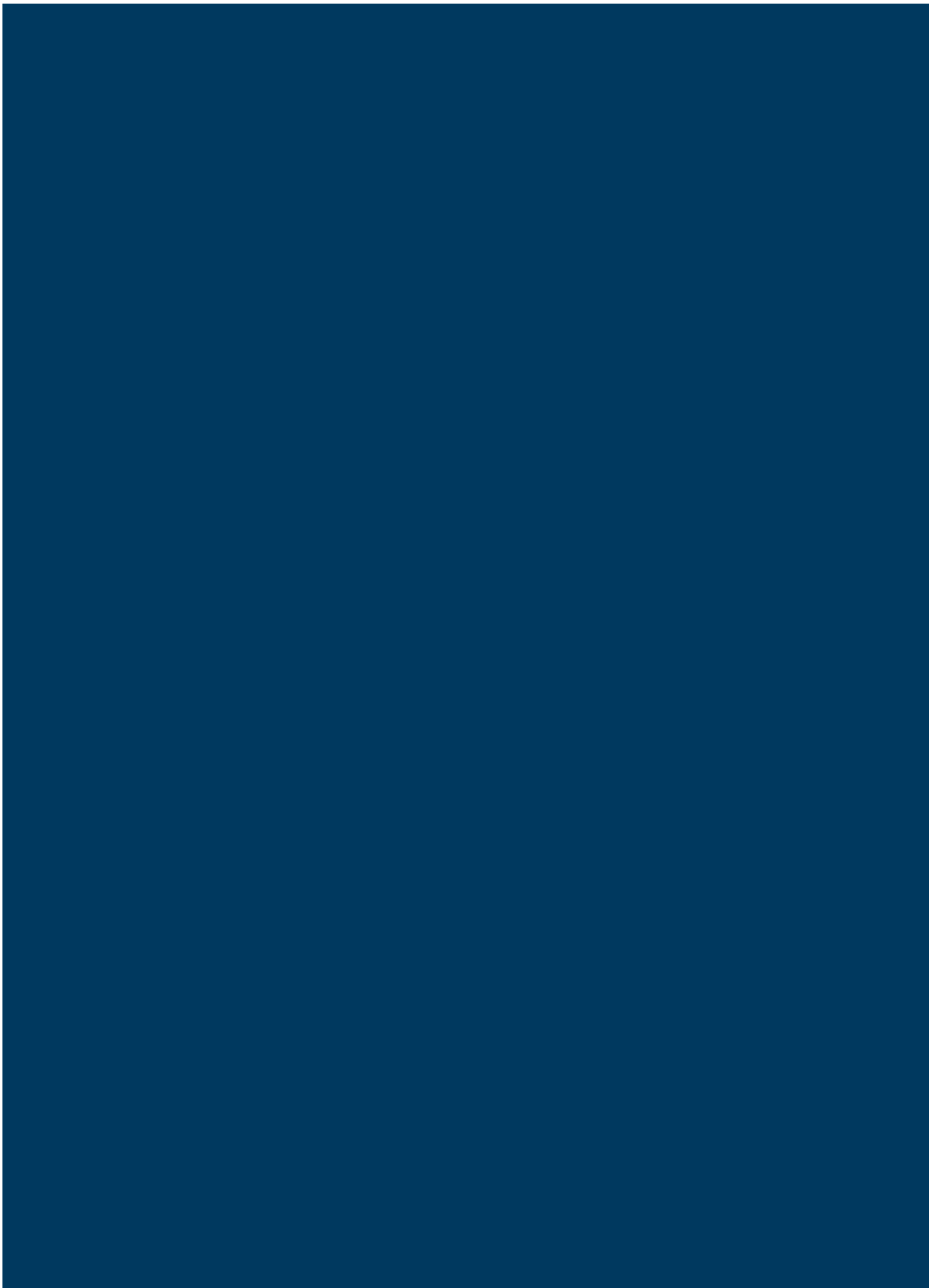


CONDICIONES
GENERALES
GLOBAL PREMIER
HEALTH PLAN





CONTENIDO

2	Cláusulas generales
13	Coberturas básicas
25	Exclusiones y/o Limitaciones
29	Definiciones

CONDICIONES GENERALES

“GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN”

CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRILLAS

Las palabras en **negrilla** pueden tratarse de términos definidos que son importantes para su cobertura y cuyo significado puede consultar en el “Glosario” incluido en estas “Condiciones Generales”.

CONTRATO

No.	CLÁUSULA
1	Su póliza
1.1	<p>Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C. V., denominada en adelante “Bupa”, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía reembolso al asegurado titular y/o contratante o el pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurran los asegurados durante la vigencia de esta póliza, tanto en el territorio de la República Mexicana, como en el extranjero donde así proceda de acuerdo con la cobertura geográfica especificada, hasta la suma asegurada indicada en esta póliza, a consecuencia de Enfermedades y accidentes amparados ocurridos en su persona o de sus dependientes incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato. 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 del ingreso de cualquier asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por Bupa.</p> <p>La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Bupa para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8 (ocho), 9 (nueve), 10 (diez) y 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.</p>
1.2	Las definiciones establecidas en el Glosario incluido en estas Condiciones Generales aplican para el producto de seguro Global Premier Health Plan.
1.3	Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración: la póliza , las “Condiciones Generales”, la solicitud del seguro, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y/o condiciones especiales, y el recibo de pago.
1.4	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.
1.5	<p>La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de 74 (setenta y cuatro) años cumplidos y mínima de 18 (dieciocho) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo la póliza.</p> <p>El contratante podrá adicionar dependientes a la póliza, los cuales estarán cubiertos desde la fecha efectiva que les corresponda. Los dependientes elegibles del asegurado titular podrán ser: su cónyuge o concubina(o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente y en lo general los menores de edad que dependan económicamente del asegurado titular, los cuales deben ser identificados en la solicitud de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.</p> <p>La cobertura de esta póliza está disponible para los dependientes del asegurado titular y/o contratante, 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.</p> <p>Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con Bupa y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora contratante antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente. Lo anterior siempre y cuando el dependiente solicite su póliza con Bupa dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que dejó de ser integrante de la póliza original.</p>

No.	CLÁUSULA
1.6	<p>La carátula de la póliza, las Condiciones Generales, endosos y recibos, 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 o a través de dispositivos electrónicos de almacenamiento como son discos compactos o USB, siempre y cuando el asegurado titular y/o contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.</p> <p>No obstante lo anterior, las Condiciones Generales aplicables a esta póliza estuvieron disponibles para consulta y conocimiento del asegurado titular y/o contratante previamente a su contratación en la página de Internet www.bupa.com.mx. Queda expedito el derecho del asegurado titular y/o contratante para solicitar en cualquier momento a Bupa, un ejemplar impreso de las Condiciones Generales del producto de seguro Global Premier Health Plan, recibos, carátula de póliza y endosos que correspondan a su póliza.</p>
2	Su cobertura
2.1	<p>Bupa cubrirá los gastos relacionados con los beneficios cubiertos, de conformidad con lo establecido en la “Tabla de Beneficios” incluida en estas Condiciones Generales del producto de seguro Global Premier Health Plan.</p>
2.2	<p>El deducible aplicable será el contratado, el cual se indica en la carátula de la póliza. El pago del deducible por parte del asegurado aplicará como sigue:</p> <p>(a) Un deducible por asegurado, por año póliza, mismo que al ser la parte del riesgo que asume el asegurado, deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.</p> <p>(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 Bupa de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada contratada.</p> <p>(c) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos 3 (tres) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año póliza serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.</p> <p>(d) En caso de accidente, no se aplicará deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.</p> <p>(e) Los siguientes beneficios no están sujetos a deducible: la maternidad y parto, las complicaciones de la maternidad y parto, y la cobertura provisional del recién nacido.</p>
2.3	<p>En caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y Bupa y/o la tarifa Usual, Acostumbrada y Razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado. En caso de que el asegurado titular y/o contratante fallezca, Bupa pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a la sucesión del asegurado titular y/o contratante.</p> <p>Para pago directo o reembolso, Bupa deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del siniestro antes de: (1) Aprobar un pago directo, o (2) Reembolsar al asegurado titular y/o contratante, lo anterior con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p>
2.4	<p>Cuando así se requiera y se indique en las presentes Condiciones Generales, el asegurado deberá obtener autorización previa expresa de Bupa antes de recibir cualquiera de los beneficios cubiertos. Se requerirá de una autorización subsecuente en caso de que el asegurado no reciba los beneficios cubiertos dentro del plazo de 31 (treinta y un) días contados a partir de la autorización original.</p> <p>Los detalles sobre la manera en que se debe obtener la autorización previa para recibir cualquier beneficio cubierto, se encuentran disponibles en la cláusula “Cómo presentar una reclamación en caso de siniestro” de éstas Condiciones Generales.</p>
2.5	<p>Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier siniestro, y con fundamento en el Artículo 69 (sesenta y nueve) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Bupa podrá solicitar al asegurado cualquier información que considere relevante, tal y como resúmenes clínicos y reportes médicos, y de igual forma Bupa podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de Bupa (bajo su propio costo), quien a su vez proporcionará a Bupa un reporte médico sobre el estado de salud del asegurado.</p> <p>Cuando Bupa así lo solicite, el asegurado deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que Bupa obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con Bupa en tiempo, o el no autorizar el acceso de Bupa 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 Bupa para proporcionarle toda la información necesaria para que Bupa esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de Bupa queden extinguidas, y por ende, Bupa no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.</p>

No.	CLÁUSULA
2.6	<p>Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento afecte a un determinado riesgo.</p> <p>El asegurado se encuentra obligado a dar aviso a Bupa de cualquier agravación esencial del riesgo dentro del plazo de veinticuatro (24) horas siguiente al momento en que tuviera conocimiento de dicha agravación del riesgo, por lo que en caso de que el asegurado no dé dicho aviso o que la agravación esencial sea causada por éste, el asegurado perderá el derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de este contrato, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos) y 53 (cincuenta y tres) fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p>
3	<p>Pago de primas</p>
3.1	<p>El contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro a Bupa, la cual se calcula según la edad del asegurado y es determinada por Bupa de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de cada período de seguro. La prima de este contrato vence en el momento de la celebración del contrato y tratándose de renovaciones, al inicio de la nueva vigencia. Bupa podrá ajustar las primas una vez al año a la fecha de aniversario de la póliza.</p>
3.2	<p>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 Bupa 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.</p> <p>Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y Bupa 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 Bupa.</p> <p>El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del contratante. La prima debe ser pagada en la fecha de vencimiento o dentro del período 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 (período de gracia), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.</p>
4	<p>Subrogación</p>
4.1	<p>Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado. El asegurado titular y/o contratante tendrá la obligación de cooperar con Bupa para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a Bupa a considerar rescindido de pleno derecho el contrato. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.</p> <p>En caso de que la subrogación sea procedente, el asegurado titular y/o contratante deberá proporcionar a Bupa 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 cualesquiera documentos que se requieran, y (iii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.</p> <p>Bupa 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.</p> <p>El asegurado titular y/o contratante se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de Bupa de subrogarse de conformidad con esta cláusula.</p>
4.2	<p>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 Bupa de la existencia de otra póliza. Por lo tanto, cuando Bupa efectúe el pago o reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, Bupa 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.</p>

No.	CLÁUSULA																		
5	Cómo presentar una reclamación en caso de siniestro																		
5.1	<p>Para solicitar una autorización, así como para informar de un siniestro cubierto por esta póliza, el asegurado titular y/o contratante pueden comunicarse a USA Medical Services las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los siguientes medios:</p> <p>Horario de 8:00 a 17:00 hrs. de lunes a viernes:</p> <table border="0"> <tr> <td>En México:</td> <td>5202-1701</td> </tr> <tr> <td>Correo electrónico:</td> <td>servicioaccliente@bupalatinamerica.com</td> </tr> <tr> <td>y las 24 horas del día, los 365 días del año:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>En México sin cobro:</td> <td>+1 800 326 3339</td> </tr> <tr> <td>En los EE.UU.:</td> <td>+1 305 275 1500</td> </tr> <tr> <td>En los EE.UU. sin cobro:</td> <td>+1 800 726 1203</td> </tr> <tr> <td>Fax:</td> <td>+1 305 275 8555</td> </tr> <tr> <td>Correo electrónico:</td> <td>usamed@usamedicalservices.com</td> </tr> <tr> <td>Fuera de los EE.UU.:</td> <td>El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupa.com.mx</td> </tr> </table> <p>NOTA: USA Medical Services es un proveedor contratado por Bupa para la coordinación de atención y administración de siniestros, y cualquier servicio que preste a los asegurados de Bupa NO presupone la procedencia del siniestro reportado ni la vigencia del contrato de seguro. Así como tampoco está facultado para determinar de forma unilateral y sin la aprobación previa de Bupa la procedencia de pago o reembolso de siniestros; tampoco podrá recomendar servicios médicos, ni obligar de alguna manera a Bupa por conceptos diferentes a los señalados en este contrato.</p> <p>En caso de que el asegurado no reciba los beneficios cubiertos dentro del plazo de 31 (treinta y un) días contados a partir de la autorización respectiva, el asegurado deberá obtener una nueva autorización.</p>	En México:	5202-1701	Correo electrónico:	servicioaccliente@bupalatinamerica.com	y las 24 horas del día, los 365 días del año:		En México sin cobro:	+1 800 326 3339	En los EE.UU.:	+1 305 275 1500	En los EE.UU. sin cobro:	+1 800 726 1203	Fax:	+1 305 275 8555	Correo electrónico:	usamed@usamedicalservices.com	Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupa.com.mx
En México:	5202-1701																		
Correo electrónico:	servicioaccliente@bupalatinamerica.com																		
y las 24 horas del día, los 365 días del año:																			
En México sin cobro:	+1 800 326 3339																		
En los EE.UU.:	+1 305 275 1500																		
En los EE.UU. sin cobro:	+1 800 726 1203																		
Fax:	+1 305 275 8555																		
Correo electrónico:	usamed@usamedicalservices.com																		
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de seguro o en www.bupa.com.mx																		
5.2	<p>El objetivo de Bupa es pagarle directamente al prestador de servicios médicos por concepto de cualquier beneficio cubierto por la póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al prestador de servicios médicos y posteriormente reclamar el reembolso a Bupa, adjuntando copias de los documentos relacionados a los padecimientos que originaron los gastos médicos cubiertos (beneficios cubiertos) y que están siendo reclamados. El asegurado titular y/o contratante deberán someter una prueba escrita de la reclamación consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamación debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de Bupa. Se requiere completar un formulario de reclamación por siniestro para todas las reclamaciones presentadas. Los formularios de reclamación pueden obtenerse comunicándose con su agente o con USA Medical Services o directamente con Bupa, o en la página web: www.bupa.com.mx. Para reclamaciones de dependientes que ya hayan cumplido los 19 (diecinueve) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos 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.</p> <p>De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 (setenta) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de Bupa 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 ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.</p> <p>Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas 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 Bupa, de acuerdo a los siguientes datos:</p> <p>BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. RFC: BMS030731PC4 Domicilio: Blvd. Montes Urales NO 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec, Distrito Federal, CP 11000 Número de Folio: B1151821</p> <p>Bupa no está en posibilidad de regresar documentación original; sin embargo bajo solicitud, Bupa podrá enviar copia de los mismos.</p>																		

No.	CLÁUSULA
5.3	<p>En el supuesto caso de reembolso, Bupa pagará al asegurado titular y/o contratante los gastos médicos cubiertos aplicando previamente el deducible. Bupa podrá pagar a un dependiente los gastos relacionados a los beneficios cubiertos únicamente si se acredita fehacientemente que dicho dependiente erogó efectivamente los gastos médicos cubiertos, es mayor de edad y ha proporcionado sus datos y documentación de identificación y bancarios.</p> <p>En cualquiera de los dos casos aquí señalados 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.</p>
5.4	<p>Este plan de seguro denomina los beneficios cubiertos en dólares americanos, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, por lo que todo pago o gasto realizado al amparo de esta póliza independientemente de la moneda en que se efectúe, disminuirá la suma asegurada considerando el tipo de cambio aplicable el día en que se prestó efectivamente el servicio que originó el gasto.</p> <p>En caso de que los gastos se deban cubrir directamente por Bupa a los prestadores de servicios médicos en el extranjero, éstos se efectuarán en dólares americanos o el equivalente en la moneda de origen donde se incurrieron, en la fecha de pago, disminuyendo la suma asegurada considerando el tipo de cambio del día del pago efectivo.</p>
5.5	<p>En caso de que Bupa, no obstante haber recibido toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse a su satisfacción las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado titular y/o contratante, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.</p> <p>Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:</p> <p>“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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="159 943 1517 1189">I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de 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; <li data-bbox="159 1205 1517 1361">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; <li data-bbox="159 1377 1517 1480">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; <li data-bbox="159 1496 1517 1621">IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha de 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; <li data-bbox="159 1637 1517 1711">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; <li data-bbox="159 1727 1517 1830">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; <li data-bbox="159 1845 1517 2004">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;

No.	CLÁUSULA
	<p>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.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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”.</p>
5.6	<p>Cobertura geográfica: Esta póliza no tiene cobertura para gastos erogados en Cuba, Siria, Libia, Irán, Corea del Norte. Si tiene dudas sobre esta restricción, por favor comuníquese con Bupa.</p>
6	Renovación
6.1	<p>Conforme a las disposiciones aplicables, Bupa 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 renovarlo, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.</p> <p>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.</p> <p>Bupa informará 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 aplicables a la misma.</p> <p>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.</p> <p>En caso de que el asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Bupa.</p>
6.2	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) El asegurado titular y/o contratante lo soliciten por escrito a Bupa. (b) El (los) asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de Bupa. <p>Bupa comunicará por escrito al asegurado titular y/o contratante la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la solicitud de rehabilitación; si pasado este lapso Bupa no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.</p> <p>En caso de aceptar la solicitud de rehabilitación, Bupa otorgará nuevamente cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.</p>
6.3	<p>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.</p> <p>No obstante lo anterior, Bupa podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado titular y/o contratante solicite cambio de Plan, Beneficios, deducibles o suma asegurada.</p>

No.	CLÁUSULA
7	Cambios a su póliza
7.1	Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente Bupa y 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 .
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 (ocho) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Bupa 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 Bupa , se establecerá si las condiciones pre-existentes 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 o sin pagar una prima adicional 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	Bupa 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. Lo anterior se le notificará al asegurado titular y/o contratante con la debida anticipación.
7.5	En caso de cambio de plan de seguro con Bupa , los beneficios ganados por antigüedad no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple y en el entendido que será reestablecido el período de espera para maternidad. Lo anterior, sin limitar que Bupa pueda llevar a cabo procesos de suscripción previos. En caso de ser procedente el cambio de plan, los siniestros vigentes y en proceso de pago al momento del cambio de plan (excepto Maternidad si aplicará) serán cubiertos considerando los términos y condiciones aplicables, así como las sumas aseguradas correspondientes al plan que estaba vigente al momento del primer síntoma y gasto de dicho siniestro o reclamación.
8	Cambio de residencia
8.1	El asegurado titular y/o contratante debe notificar por escrito a Bupa cualquier cambio en el país de residencia , tanto suyo como de cualquier dependiente incluido en la póliza , dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al cambio. Bupa se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún asegurado fuera de la República Mexicana. La falta de notificación a Bupa de cualquier cambio de país de residencia de los asegurados facultará a Bupa para considerar rescindida la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse. Si un asegurado permanece en los Estados Unidos de América o en cualquier otro país del extranjero en forma continua por más de 180 (ciento ochenta) días, durante cualquier período de 365 (trescientos sesenta y cinco) días, sin importar el tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier enfermedad, padecimiento o accidente será proporcionada a través de los hospitales y/o proveedores de convenio , hasta la fecha de renovación de la póliza , fecha en la cual la cobertura de dicha póliza terminará automáticamente.
8.2	El asegurado titular y/o contratante deberá informar a Bupa inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que Bupa 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 dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Bupa . Artículo 82 (ochenta y dos) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

No.	CLÁUSULA
9.2	<p>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 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).</p> <p>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.</p> <p>Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del asegurado titular y/o contratante a Bupa.</p>
9.3	<p>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, Bupa devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza ni costo de USA Medical Services, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta. En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del asegurado titular y/o contratante dirigido a Bupa.</p> <p>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.</p> <p>El asegurado titular y/o contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este contrato.</p> <p>Ningún asegurado titular y/o contratante será independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.</p>
9.4	<p>Si el asegurado titular y/o contratante o cualquiera de sus dependientes fallecen, se deberá notificar a Bupa dicha circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.</p> <p>Al fallecimiento del asegurado titular y/o contratante, cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en asegurado titular y/o contratante por su propio derecho, e incluir sus propios dependientes.</p> <p>Si el asegurado titular y/o contratante falleciera y ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en asegurado titular y/o contratante, este contrato será cancelado, y si ninguna reclamación o solicitud para recibir beneficios cubiertos ha sido presentada, Bupa reembolsará la totalidad de la Prima que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la póliza.</p> <p>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, Bupa reembolsará la totalidad de la prima correspondiente a dicho dependiente que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la cobertura.</p>
9.5	<p>Bupa tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero:</p> <ul style="list-style-type: none"> (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.

No.	CLÁUSULA
9.6	<p>Sujeto a los términos y condiciones especificados en este contrato, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 y termina a las 24:00 horas, hora de la Ciudad de México:</p> <p>(a) En la fecha de expiración de la póliza; o</p> <p>(b) Por falta de pago de la prima;</p> <p>(c) A solicitud por escrito del asegurado titular y/o contratante para terminar su cobertura; o</p> <p>(d) A solicitud por escrito del asegurado titular y/o contratante para terminar la cobertura para algún dependiente.</p>
10	Nuestra responsabilidad bajo esta póliza con respecto a su cobertura
10.1	El objetivo de Bupa bajo esta póliza es pagar los gastos médicos derivados de los beneficios cubiertos erogados por el asegurado y en determinados casos realizar las gestiones necesarias para que el asegurado reciba los beneficios cubiertos . No es objetivo de Bupa proveer los beneficios cubiertos .
10.2	Ningún agente de seguros 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 Bupa (las partes) y sea hecho constar por un endoso a la póliza .
10.3	Bupa podrá actuar a través de cualquier compañía que forme parte de Bupa Global.
10.4	Durante la vigencia de la póliza , el asegurado titular y/o contratante podrá solicitar por escrito a Bupa que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato . Bupa proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud .
11	Nuestra responsabilidad
11.1	Bupa (o cualquier compañía que forme parte de Bupa Global) no será responsable por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el asegurado en virtud de la prestación de los beneficios cubiertos por parte del prestador de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. En dicho caso, el asegurado tendrá que presentar su reclamación ante el prestador de servicios médicos o persona que haya prestado el servicio.
12	Reclamaciones fraudulentas
12.1	<p>El asegurado titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del asegurado titular y/o contratante o de cualquier dependiente. Bupa 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.</p> <p>El asegurado titular y/o contratante también estará obligado a proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, por parte de Bupa, de las reclamaciones presentadas por el mismo. La presentación de una reclamación fraudulenta o con cualquier tipo de información falsa, facultará a Bupa a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial y liberará a Bupa de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la póliza.</p> <p>Asimismo, Bupa 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. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.</p>
13	Omisiones o declaraciones inexactas
13.1	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.
13.2	<p>El asegurado titular y/o contratante y cualquier dependiente tendrán que actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a Bupa 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 Bupa sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en el cuestionario de inicio.</p> <p>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 Bupa.</p>

No.	CLÁUSULA
14	Aviso de Privacidad
14.1	<p>Bupa toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados seriamente.</p> <p>La información personal proporcionada por el asegurado titular y/o contratante (el “titular”), consistente de su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que Bupa recolecte o haya recolectado por cualquier vía, incluso la vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas o a través de cualquier otro medio, por sí o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular, así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato de seguro celebrado, al cual se incorpora el presente Aviso de Privacidad como parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Bupa.</p> <p>La información del asegurado titular que Bupa recabe será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas. Sin embargo, el titular autoriza a Bupa a compartirla en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuando dicha transferencia de información se efectúe a terceros para dar cumplimiento a cualquier contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios que hubiesen con el titular. ○ En los casos que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia. <p>La información personal será resguardada por el departamento y/o responsable de datos personales de Bupa, ante quien el titular puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación oficial o documentación con que se acredite la representación del titular. ○ Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación según sea el caso. <p>Bupa dará respuesta a dicha solicitud en un plazo máximo de 20 (veinte) días y de resultar procedente conforme a la ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.</p> <p>Asimismo, mediante el mismo mecanismo, el titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se de a su información personal.</p> <p>Bupa se reserva el derecho a modificar este Aviso de Privacidad en cualquier momento mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.bupa.com.mx.</p> <p>Se entenderá que el titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.</p>
15	Quejas
15.1	<p>Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula que se refiere a leyes y tribunales competentes, en caso de un desacuerdo entre el asegurado titular y/o contratante y Bupa sobre la póliza de seguro y/o sus coberturas, el asegurado titular y/o contratante puede solicitar una revisión del caso por el “Comité de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.” antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado titular y/o contratante deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.</p> <p>Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes 30 (treinta) días, el Comité de Apelaciones notificará al asegurado titular y/o contratante sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión, en el entendido de que durante el tiempo que dicho Comité resuelva lo que corresponda, no correrá ningún término para el asegurado titular y/o contratante. Las decisiones que adopte el Comité de Apelaciones se emitirán por escrito y serán obligatorias para Bupa, en caso de ser aceptadas por el asegurado titular y/o contratante. Dicho recurso no tiene costo alguno para el asegurado titular y/o contratante.</p>
15.2	<p>En caso de que Bupa declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico.</p> <p>Bupa acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la diferencia.</p> <p>El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Bupa.</p>

No.	CLÁUSULA
15.3	<p>En caso de controversia, nuestro asegurado inconforme podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que Bupa cuenta o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.</p> <p>UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE) Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11800, México, D.F. Teléfono: (55) 5202 1701 / 01 800 227 3339 Correo electrónico: UEAP@bupalatinamerica.com</p> <p>COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle México, D.F. C.P. 03100 Teléfono: (55) 5340 0999 / (01 800) 999 80 80 Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx</p>
16	Competencia
16.1	Las disposiciones de este contrato están sujetas a Leyes de la República Mexicana. Cualquier controversia que surja en virtud del ejercicio de esta póliza estará sujeta a la competencia de los tribunales de la Ciudad de México, Distrito Federal.
16.2	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.

COBERTURAS BÁSICAS

“GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN”

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR CON RESPECTO A LOS BENEFICIOS CUBIERTOS POR SU PRODUCTO DE SEGURO GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN:

PERÍODO DE ESPERA: Esta **póliza** tiene un período de espera de 60 (sesenta) días a partir de la **fecha efectiva** de la **póliza**. Sin embargo, este período de espera no aplica cuando se trate, de forma enunciativa mas no limitativa, de (a) **accidentes** que habiendo causado una **lesión** demostrable, hagan necesaria una **hospitalización** inmediata, como los politraumatismos, (b) enfermedades agudas de origen infeccioso, (c) infartos y enfermedades cerebrovasculares siempre y cuando no se encuentren relacionadas con un padecimiento preexistente. En todos estos casos deberá comprarse 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 **Bupa**.

El período de espera no operará cuando se trate de una **emergencia** o **accidente**.

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

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

TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR SU PRODUCTO DE SEGURO GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN

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

Fuera del territorio nacional la **póliza** Global Premier Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de los **hospitales** y/o **proveedores de convenio** con Global Premier Health Plan. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de los **hospitales** y/o **proveedores de convenio** con Global Premier Health Plan, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

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

No procede la eliminación de período de espera para los beneficios de cirugía bariátrica, maternidad, complicaciones del embarazo, cobertura del recién nacido, SIDA, y tratamiento dental de restauración mayor.

CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta **póliza**, las condiciones preexistentes se clasifican en 2 (dos) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la **solicitud** de seguro:
 - i. Estarán cubiertas después del período de espera de 60 (sesenta) días cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos** o **tratamiento** durante un período de 5 (cinco) años antes de la **fecha efectiva** de la **póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza**.
 - ii. Estarán cubiertas después de 2 (dos) años de la **fecha efectiva** de la **póliza**, cuando el **asegurado** presente **síntomas, signos** o **tratamiento** en cualquier momento durante un período de 5 (cinco) años antes de la **fecha efectiva** de la **póliza**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza**.
- (b) Las que no son declaradas y conocidas por el asegurado al momento de llenar la **solicitud** de seguro: Estas condiciones preexistentes nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, **Bupa** se reserva el derecho de rescindir el **contrato** de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del **asegurado** de conformidad con el Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Bupa pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** correspondiente.

Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por **Bupa** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar las presentes Condiciones Generales antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

Bupa sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o la Secretaría de Salud en el caso de los Estados Unidos Mexicanos, o aprobados por la autoridad en Salud en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN		COBERTURA
<p>Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza</p>		<p>Suma asegurada US\$3,000,000 (Tres Millones de Dólares Americanos)</p>
OPCIONES DE DEDUCIBLE		
	Plan 1 US\$2,000	Plan 2 US\$5,000
TRATAMIENTO AMBULATORIO		COBERTURA
CIRUGÍA AMBULATORIA		100%
<p>Bupa cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria cuando sea realizada por un especialista médico licenciado para ello.</p>		
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		100%
<p>Bupa pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico, estudios de laboratorio y/o gabinete cuando dichos estudios sean recomendados por un especialista médico para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología ○ Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) <p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente: No se cubrirán exámenes genéticos cuando dichos exámenes sean realizados para determinar si es susceptible o no desarrollar una enfermedad o padecimiento.</p>		
HONORARIOS MÉDICOS		100%
<p>Bupa pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultas con especialistas, médicos o doctores relacionadas con planificación familiar, como las consultas para discutir sobre un posible embarazo o utilizar métodos anticonceptivos. 2. Consultas para recibir tratamiento para asistir en la reproducción, como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fertilización in-vitro (IVF) ○ Transferencia intratubárica de gametos (GIFT) ○ Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) ○ Inseminación artificial (IA) ○ Medicamentos recetados ○ Traslado del embrión (de una ubicación física a otra) ○ Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen 3. Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales como impotencia, cualquiera que sea la causa. 		
ENFERMEROS CALIFICADOS		US\$300 hasta por 80 días por año póliza
<p>Bupa cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea médicamente necesario.</p>		
MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN		100%
<p>Bupa pagará los medicamentos y materiales de curación prescritos siempre que sean recetados por un doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o padecimiento.</p>		

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>EQUIPO MÉDICO DURABLE</p> <p>Bupa cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable, por ejemplo, suministros de oxígeno o sillas de ruedas, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o No sea desechable o Sea utilizado con fines médicos (debido a una lesión, enfermedad o padecimiento) o Sea adecuado para utilizarse en casa 	100%
<p>TRATAMIENTO DENTAL</p> <p>TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON ACCIDENTES</p> <p>Bupa cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.</p>	100%
<p>RESTAURACIÓN MAYOR NO ESTÉTICA (PERÍODO DE ESPERA DE 6 MESES)</p> <p>Transcurridos 6 meses desde que se contrate el producto de seguro Global Premier Health Plan, Bupa cubrirá los gastos hasta el límite de la suma asegurada particular en este beneficio derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Puentes o Coronas o Implantes dentales o Dentaduras 	Hasta US\$500 por año póliza
<p>HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS)</p> <p>ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL Y ALIMENTOS</p> <p>Bupa pagará los gastos generados por la hospitalización del asegurado, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Exista una necesidad médica de permanecer en el hospital o El tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista o La duración de su estadía sea médicamente justificada <p>Bupa 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, Bupa pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara un tipo de habitación estándar.</p>	100% Habitación privada estándar
<p>GASTOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Bupa cubrirá los gastos generados por cama extra y alimentos diarios para un acompañante, siempre y cuando el asegurado se encuentre recibiendo tratamiento cubierto.</p>	Hasta US\$100 por día
<p>SALA DE OPERACIÓN, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN</p> <p>Bupa cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> o La sala de operaciones o La sala de recuperación o Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación o Medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital o En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados 	100%
<p>CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>Bupa cubrirá los gastos de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.</p>	100%

CIRUGÍA, INCLUYENDO LOS HONORARIOS DE LOS CIRUJANOS Y ANESTESIÓLOGOS

Bupa pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios de los cirujanos, ayudante y anestesiólogo, 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**.

Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo a:

1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
3. Las tarifas especiales establecidas por **Bupa** para un área o país determinado.

Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo a:

1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
2. de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
3. Las tarifas especiales establecidas por **Bupa** para un área o país determinado.

100%

PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagen y gabinete, siempre y cuando sea recomendado por un **especialista** para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:

Exámenes genéticos, cuando dichos exámenes sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible, o no, de desarrollar un padecimiento y/o enfermedad.

Bupa no pagará por exámenes utilizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

100%

FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, TERAPEUTAS DEL LENGUAJE Y NUTRICIONISTA

Bupa pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por **terapeutas** (como **terapeutas** ocupacionales), fisioterapeutas y **nutricionistas** o **terapeutas** del lenguaje 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 **Bupa**. El beneficio no será pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:

- **Dificultades de aprendizaje, como dislexia; problemas relacionados con el desarrollo físico como corta estatura; o problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional.**
- **Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Nota: Bupa cubrirá los gastos asociados con cirugías por obesidad, tal y como se encuentra detallado en la “Tabla de Beneficios”, sujeto a los criterios de las políticas médicas de Bupa.**
- **No se cubren complicaciones derivadas de enfermedades o padecimientos no cubiertos.**

100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>CIRUGÍA POR OBESIDAD (PERÍODO DE ESPERA DE 24 MESES)</p> <p>Una vez que haya transcurrido un período de espera de 24 meses, Bupa podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, ○ Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, ○ Presenta evidencia documentada y firmada por su médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y ○ Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de Bupa.</p> <p>IMPORTANTE: El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.</p>	<p>Hasta US\$20,000 de por vida</p>
<p>PRÓTESIS</p> <p>Bupa 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 o una prótesis de oído, que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.</p> <p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:</p> <p>Bupa no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o padecimiento preexistente. Bupa pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por Bupa.</p>	<p>100%</p>
<p>IMPLANTES PROSTÉTICOS Y APARATOS</p> <p>Bupa cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y aparatos:</p> <p>Implantes prostéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para reemplazar articulación o ligamento ○ Para reemplazar válvula cardíaca ○ Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial ○ Para reemplazar un músculo del esfínter ○ Para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo ○ Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga ○ Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) ○ Para remover exceso de líquidos en el cerebro ○ Implante coclear: Si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y fue cubierto por esta póliza, Bupa pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas a causa de una cirugía por cáncer. <p>Aparatos (ejemplos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 de columna vertebral. ○ Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello. 	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN

COBERTURA

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** para restaurar la apariencia física del **asegurado** después de un **accidente**, padecimiento, **lesión** o cirugía. **Bupa** 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 **Bupa** para recibir autorización previa antes de someterse al **tratamiento**. **Bupa** podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.

Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:

Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia del asegurado, incluyendo tratamiento relacionado con la remoción de tejido no enfermo, de sobra o de grasa, como una liposucción, tanto si se requiere, o no, por razones médicas o psicológicas.

NOTA: Si el doctor 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 **Bupa** para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de **Bupa**. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en las presentes Condiciones Generales del producto de seguro Global Premier Health Plan.

100%

PRE Y POST HOSPITALIZACIÓN

COBERTURA

ENFERMERÍA EN CASA

Bupa cubrirá los gastos que erogue el **asegurado titular** y/o **contratante** después de **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- o Sea recetado por el **médico** del **asegurado**
- o Comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del **hospital**
- o Se reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el **hospital**
- o Sea proporcionada por un(a) **enfermero(a)** calificado(a) en la casa del **asegurado**, y
- o Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales)

US\$300 hasta por 80 días por **año póliza**

Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:

No se cubrirán servicios generales de enfermería como asistenciales o para soporte de actividades de la vida diaria.

El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio, el cual podrá no ser pagado a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

CUIDADOS PALIATIVOS

Se entenderá como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a **pacientes** que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, **Bupa** pagará servicios de centros para **pacientes** terminales y cuidados paliativos o en la habilitación del 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:

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

Todos los servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por Usa Medical Services.

100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)</p> <p>Bupa pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y del habla, después de un acontecimiento como un infarto cerebral.</p> <p>Bupa pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento.</p> <p>Bupa sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comience dentro de los 30 días posteriores al final del tratamiento en el hospital por una condición médica que esté cubierta por esta póliza (como trauma o infarto cerebral), y ○ Resulte de una condición médica que requiera hospitalización o sea necesaria como resultado del tratamiento recibido por dicha condición médica <p>NOTA: Para que Bupa pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p>Exclusión particular. No se cubrirá lo siguiente:</p> <p>Bupa no pagará habitación y alimentos cuando la estadía hospitalaria no sea médicamente necesaria y la rehabilitación pueda realizarse de forma ambulatoria.</p>	<p>100% hasta 80 visitas</p>
<p>CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS Y/O PACIENTES AMBULATORIOS</p> <p>IMAGENOLOGÍA AVANZADA</p> <p>Bupa cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) ○ Tomografía computarizada (TC) ○ Tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser recomendados por el especialista del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.</p>	<p>100%</p>
<p>CONDICIONES CONGÉNITAS</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El beneficio máximo para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente. 2. La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta US\$500,000 de por vida 2. Hasta límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente
<p>TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER</p> <p>Bupa cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento de cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planear y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagen para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con Bupa para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. Bupa podrá no pagar este beneficio si no se ha otorgado la autorización previa.</p> <p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:</p> <p>Tratamientos Experimentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bupa no pagará por tratamiento o medicamento que sea experimental; esto es, que no esté debidamente aprobado por la autoridad en salud en el país donde se recibe el tratamiento. ○ Bupa no pagará cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada. <p>NOTA: Bupa no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica. El asegurado deberá comunicarse con Bupa con anticipación para recibir autorización previa antes de proceder con su tratamiento.</p>	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>SERVICIO DE TRASPLANTES</p> <p>Bupa cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con doctores o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Córnea ○ Intestino delgado ○ Riñón ○ Riñón/páncreas ○ Hígado ○ Corazón ○ Pulmón ○ Corazón/pulmón <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>Bupa cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 días de post operación únicamente <p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:</p> <p>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.</p>	<p>Hasta US\$800,000 por diagnóstico, de por vida</p>
<p>DIÁLISIS RENAL</p> <p>Bupa pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>
<p>SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) (PERÍODO DE ESPERA DE 3 AÑOS)</p> <p>Bupa cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) después de 3 años de vigencia continua en esta póliza. Bupa 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 período.</p>	<p>Hasta US\$500,000 de por vida</p>
<p>MATERNIDAD</p>	<p>COBERTURA</p>
<p>MATERNIDAD/PARTO (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES): BENEFICIO SOLO APLICABLE PARA PLAN 1 (DEDUCIBLE \$2000)</p>	
<p>Bupa pagará a la asegurada titular, cónyuge o concubina dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. En caso de cambio de plan con endoso de continuidad de cobertura, este período de espera deberá cumplirse con el nuevo plan para poder gozar de este beneficio.</p>	
<p>Exclusiones particulares. No se cubrirá lo siguiente:</p>	
<p>1. Tratamiento para asistir en la reproducción, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ fertilización in-vitro (IVF) ○ transferencia intratubárica de gametos (GIFT) ○ transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) ○ inseminación artificial (IA) ○ 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 	

Esta cobertura no aplica para aseguradas **dependientes** diferentes a las aquí señaladas. 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 siempre que haya estado asegurada en la póliza original inmediata anterior durante al menos 10 meses consecutivos.

En caso de cambio de Plan de seguro, este beneficio puede no estar disponible en el nuevo plan. Antes de cualquier cambio le sugerimos remitirse a las condiciones generales aplicables.

2. Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos 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.
3. Recolección o almacenamiento de células madre. Por ejemplo, almacenamiento de óvulos, de cordón de sangre y semen.

Nota: **Bupa** cubre los gastos derivados de **trasplantes** de médula ósea y **trasplantes** de célula madre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

4. Tratamiento directo relacionado con la maternidad subrogada.

PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)

Una vez que transcurran 10 meses consecutivos desde que la **asegurada titular**, cónyuge o concubina **dependiente** esté cubierta bajo la **póliza**, no aplica continuación de cobertura ni eliminación de período de espera, **Bupa** cubrirá a dicha **asegurada**:

El **tratamiento** de maternidad y parto incluye:

- o Cargos de **hospitales**, honorarios de obstetras y parteras por parto natural
- o Cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural, como suturas
- o Hasta 7 días de cuidado rutinario para el **recién nacido**
- o No aplica **deducible**

Hasta US\$5,000 por embarazo

CESÁREA (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)

Una vez transcurridos los 10 meses de cobertura consecutiva bajo la **póliza**, no aplica continuación de cobertura ni eliminación de períodos de espera, **Bupa** 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 la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica **deducible**.

Hasta US\$5,000 por embarazo

TRATAMIENTO PRE Y POST NATAL (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)

Una vez transcurridos los 10 meses de cobertura continua bajo la **póliza**, **Bupa** cubrirá a la asegurada titular, cónyuge o concubina **dependiente** por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto. No aplica **endoso** de continuidad de cobertura o de eliminación de períodos de espera por reconocimiento de antigüedad.

Cubierto bajo el beneficio de maternidad

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD Y PARTO

Una vez transcurridos los 10 meses de cobertura continua bajo la **póliza**, **Bupa** 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 por embarazo o parto. No aplica **deducible**.

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

Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de **Bupa**. La **asegurada** deberá contactar a **Bupa** para recibir autorización previa si es posible. Si requiere **hospitalización de emergencia** como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la **asegurada** deberá comunicarse con **Bupa** dentro de las 48 horas después de ser hospitalizada.

Hasta US\$500,000 de por vida

INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá presentar dentro de los primeros noventa (90) días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso y la fecha de su nacimiento.

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

La inclusión del **recién nacido** en la **póliza**, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito en la sección "Complicaciones de Maternidad y Parto".

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza**, cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **solicitud** de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de **Bupa**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos 10 meses de cobertura continua en esta **póliza**, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa.

COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Si nace de un embarazo cubierto:

Cobertura provisional: El **recién nacido** tendrá cobertura automática por cualquier **lesión** o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, sin **deducible**. El cuidado para el **recién nacido** saludable solamente está cubierto si es una maternidad cubierta.

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**.

Hasta US\$15,000

EVACUACIÓN Y VIAJES

COBERTURA

EVACUACIÓN MÉDICA

1. Evacuación médica hospitalaria: **Bupa** cubrirá los gastos de traslado en **ambulancia aérea** o terrestre para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero).
2. Evacuación médica con diagnóstico para cirugía: **Bupa** también cubrirá los gastos de traslado para una evacuación que no sea de emergencia cuando el **asegurado** no está hospitalizado pero ha recibido un diagnóstico que requiera cirugía.

1. 100%

2. Hasta US\$2,000 de por vida

En ambos casos deberá ser autorizado previamente por **Bupa**.

Los gastos cubiertos por **Bupa** para el viaje de evacuación médica serán:

- o El costo razonable del viaje de ida por tierra o por mar, o
- o El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista, el que sea más económico

Bupa no pagará cualquier otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

AMBULANCIA AÉREA LOCAL

Bupa cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de **ambulancia aérea** local utilizada para transportar al **asegurado**:

- o De la ubicación de un **accidente** al **hospital**, o
- o Para el traslado de un **hospital** a otro

Será procedente esta cobertura cuando la **ambulancia aérea** sea:

- o Médicamente necesaria
- o Utilizada para el traslado hacia el centro médico más cercano donde el asegurado pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo
- o Relacionada al **tratamiento** que esté cubierto y que necesite recibir en el **hospital**

100%

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. **Bupa** no pagará por rescate en montañas. Este beneficio debe ser aprobado previamente por **Bupa**.

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL</p> <p>Bupa cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De la ubicación de un accidente al hospital ○ Para el traslado de un hospital a otro, o ○ De su casa al hospital <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicamente necesaria, y ○ Relacionada al tratamiento que esté cubierto y que el asegurado necesita recibir en el hospital 	100%
<p>REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES</p> <p>Bupa cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En el caso de fallecimiento mientras está fuera de casa, y ○ Sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>Bupa sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y, ataúd de zinc si esto es requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>Bupa no pagará por cualquier otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúdes para entierro, etc., o los gastos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</p>	100%
TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	COBERTURA
<p>EXAMEN DE SALUD GENERAL (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)</p> <p>La Aseguradora pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	100% hasta seiscientos dólares (US\$600.00) - Adultos 18+ años solamente
<p>VACUNAS</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños en Mexico ○ vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical ○ vacuna contra la influenza (gripe) 	80% hasta ochocientos dólares (US\$800) (Aplica coaseguro de 20% pagadero por el Asegurado)
<p>EXAMEN DE LA VISTA (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)</p> <p>La Aseguradora cubrirá un examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta. No aplica deducible.</p>	100% por visita
<p>EXAMEN DENTAL PREVENTIVO (PERÍODO DE ESPERA DE 10 MESES)</p> <p>La Aseguradora cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por año póliza, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG) ○ eliminación de la placa dental y pulido ○ protector de encías/protector bucal <p>No aplica deducible.</p>	100%
<p>APARATOS AUDITIVOS</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80% hasta seiscientos dólares (US\$600) (Aplica coaseguro de 20% pagadero por el Asegurado)
<p>ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80% hasta seiscientos dólares (US\$600) (Aplica coaseguro de 20% pagadero por el Asegurado)

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN

CÍRUGÍA REFRACTIVA (1 POR OJO, DE POR VIDA)

La **Aseguradora** cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- o si el **asegurado** tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
- o si el **tratamiento** es realizado por un proveedor (**médico, hospital** o clínica) reconocido y acreditado

La **Aseguradora** únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el asegurado deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o **tratamiento**.

La **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

COBERTURA

80% hasta mil dólares (US\$1,000) de por vida para una sola cirugía.

(Aplica coaseguro de 20% pagadero por el Asegurado)

COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de que fallezca el **asegurado titular**, **Bupa** eximirá de aquellos períodos pendientes de pago hasta por 1 año sin costo alguno, si la causa de la muerte del **asegurado titular** se debió a una enfermedad, padecimiento o **accidente** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o concubina sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI EL **CONTRATANTE** Y/O BENEFICIARIOS DEL **ASEGURADO TITULAR** SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA BUPA

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

EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

Las exclusiones de esta sección aplican en conjunto con las 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, Bupa no proporciona cobertura o beneficios por enfermedades o padecimientos preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes** no declaradas y conocidas por el asegurado 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 tratamientos excluidos**
- Complicaciones que resulten de **enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos**
- Los servicios que no se encuentren dentro de los **hospitales y/o proveedores de convenio**

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.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	
Actividades peligrosas	Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa , ya sea por compensación o como profesional.
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 Bupa .
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. Bupa cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de medula ósea y trasplantes de célula madre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer . Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer .
Cirugía por obesidad	La cobertura está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de espera de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.
Clínicas de hidroterapia, naturistas, etc.	Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital .
Condiciones relacionadas al sexo, la sexualidad y las enfermedades transmitidas sexualmente	Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, el Virus del Papiloma Humano (VPH) y las enfermedades transmitidas sexualmente .
Conflicto y desastre	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 : <ul style="list-style-type: none">○ 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.
Control de natalidad	Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas del asegurado con su doctor para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	
Depósitos/pagos por adelantado	Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos .
Desórdenes de sueño	Tratamiento , incluyendo estudios de sueño, para insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño.
Disfunciones sexuales	Disfunciones sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la póliza .
Embarazos no cubiertos	Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la “ Tabla de Beneficios ”.
Enfermedades epidémicas y pandémicas	No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica , así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica .
Equipo de riñón artificial	Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por Bupa .
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, salvo lo expresamente cubierto por la esta póliza.
Exámenes genéticos	Exámenes genéticos, cuando dichos exámenes sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible, o no, de desarrollar una enfermedad o padecimiento . Por ejemplo, Bupa no cubre los gastos por exámenes utilizados para determinar si el asegurado es susceptible de desarrollar la enfermedad de Alzheimer, cuando dicha enfermedad aún no está presente.
Exámenes visuales/auditivos	Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, salvo lo cubierto expresamente por esta póliza.
Gastos de registro/administración	Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que Bupa , dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).
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.
Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos	El 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 personal, o (e) Que se lleva a cabo en un hospital , pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas	Cualquier cuidado o tratamiento debido a enfermedades o padecimientos, así como lesiones auto infligidas por el propio asegurado , suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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.
Mantenimiento artificial de vida	Bupa no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud, incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado. Bupa se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.
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 .
Medicamentos sin receta	Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
Medicina alternativa	Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se ha estipulado bajo la cobertura de esta póliza .
Obesidad	Tratamiento para o como resultado de obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos, tal como se indica en la “ Tabla de Beneficios ”, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.
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.
Padecimientos congénitos	Cualquier enfermedad o padecimiento congénito o hereditario, excepto como ha sido estipulado en la “ Tabla de Beneficios ” de esta póliza .
Podología	Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
Problemas de desarrollo	Dificultades de aprendizaje, como dislexia; problemas relacionados con el desarrollo físico, como corta estatura; o problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional.
Profesional o proveedor médico que no cuenta con la certificación médica obligatoria o en instalaciones médicas sin la certificación requerida	Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
Tratamiento cosmético	Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia, incluyendo tratamiento relacionado con la remoción de tejido no enfermo, redundante, como una liposucción, tanto si se requiere, o no, por razones médicas o psicológicas.
Tratamiento de fertilidad	Tratamiento para asistir en la reproducción, como: <ul style="list-style-type: none">○ Fertilización in-vitro (IVF)○ Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)○ Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)○ Inseminación artificial (IA)○ Tratamiento de medicamentos recetados○ Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)○ Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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 aquellos que sin derivar de un accidente no están debidamente señalados bajo la cobertura dental especificada en la “ Tabla de Beneficios ” de esta póliza .
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.
Tratamiento experimental	Bupa no pagará por tratamiento o medicamento que, sea experimental; esto es que no estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o la Secretaría de Salud en el caso de los Estados Unidos Mexicanos, o aprobados por la autoridad de salud en el país donde se recibe el tratamiento médico. Bupa 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. Bupa no pagará por cualquier 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.
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.
Tratamientos no necesarios y otros	Tratamiento de cualquier enfermedad, padecimiento o lesión , o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento , servicio o suministro: (a) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor , o (b) Que esté relacionado con el cuidado personal, o (c) Que se lleve a cabo en un hospital , pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
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.
Tratamiento psiquiátrico	Procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos , a menos que resulten de una enfermedad o padecimiento cubierto. Tampoco estarán cubiertos los gastos incurridos por enfermedades mentales y/o desórdenes de la conducta o del desarrollo, y el síndrome de fatiga crónica.
Tratamientos realizados por familiares	Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza .
Servicio militar y/o policial	Tratamiento de lesiones 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.
Visión	Tratamiento , equipo o cirugía para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), salvo lo expresamente cubierto por esta póliza .

DEFINICIONES

A	ACCIDENTE	Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Para los padecimientos de nariz, ligamentos, columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura según aplique, o politraumatismos. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.
	ACTIVIDADES PELIGROSAS	Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
	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.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del asegurado hacia un hospital .
	ANEXO	Un documento añadido a la póliza por Bupa que agrega y detalla una cobertura opcional.
	AÑO CALENDARIO	Del 1ero de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de 12 (doce) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza , y cualquier período subsiguiente de 12 (doce) meses.
	ASEGURADO TITULAR	El solicitante nombrado en la solicitud de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
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 Bupa . El término " asegurado " incluye al asegurado titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza .	
B	BENEFICIOS CUBIERTOS	Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en las Condiciones Generales del producto de seguro Global Premier Health Plan.
	BUPA	Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
C	CARÁTULA	Documento que forma parte de la póliza , que especifica la fecha efectiva , el deducible contratado, la suma asegurada , el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el asegurado titular y/o contratante , y que además enumera a todas las personas cubiertas por el plan de seguro.
	COASEGURO	Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el asegurado debe pagar en adición al deducible .
	COMPLICACIONES DE MATERNIDAD	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza , una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación de maternidad.
	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.
	CONTRATANTE	La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.
	CONTRATO	El presente contrato celebrado entre Bupa y el asegurado , bajo el cual Bupa se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al asegurado por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurra.
	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 .

D	DEDUCIBLE	La cantidad anual de los gastos 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.
	DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del asegurado titular cubierta bajo esta póliza y, nombrada en la carátula de la póliza .
	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).
E	EMERGENCIA	Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.
	ENDOSO	Documento que forma parte integrante de la póliza 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.
	ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	Es la 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.
	ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE	Son aquellas enfermedades 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 7 (siete) años previos al inicio de vigencia de la póliza . Cuando Bupa 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. Bupa podrá requerir al Solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
	ENFERMERO(A)	Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
	EPIDEMIA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	EQUIPO MÉDICO DURABLE (DME)	El equipo médico durable (DME) 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 DME debe además cumplir con las siguientes características: (a) Es resistente al uso repetitivo, (b) es usado para un propósito médico y (c) es apropiado para usarlo en casa pero puede ser transportado para permitir al individuo la realización de sus tareas diarias. El equipo médico durable generalmente no es útil para personas que no tienen una enfermedad o una lesión .
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anesthesiólogo, así como un médico o doctor que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la enfermedad, padecimiento o lesión 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.
	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.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente .

F	FECHA DE ANIVERSARIO	Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza .
	FECHA DE RENOVACIÓN	El primer día del siguiente año póliza . La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza .
	FECHA DE VENCIMIENTO	La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
	FECHA EFECTIVA	Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la carátula de la póliza .
G	GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que Bupa pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza , el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que Bupa tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores de convenio , de acuerdo al área geográfica donde se realice el tratamiento .
H	HOSPITAL	Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
	HOSPITAL Y/O PROVEEDOR DE CONVENIO CON GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN	Hospitales y médicos con los que Bupa tiene convenio y donde el asegurado puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La lista de hospitales y médicos de convenio con Global Premier Health Plan está disponible en USA Medical Services o en la página web www.bupa.com.mx , y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el hospital y/o proveedor tenga convenio con Global Premier Health Plan, todo tratamiento , excepto emergencias , deberá ser coordinado por USA Medical Services. (c) En los casos en los que los hospitales y/o proveedores de convenio con Global Premier Health Plan no estén especificados en el país de residencia del asegurado , no existirá restricción sobre los hospitales certificados que el asegurado podrá utilizar en su país de residencia .
	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.
L	LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.
	LÍMITE MÁXIMO	Se establece en la “ Tabla de Beneficios ” 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 a las condiciones y términos señalados en las “ Condiciones Generales ” de la póliza .
M	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA	Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.
	MÉDICAMENTO NECESARIO	El tratamiento , servicio o suministro médico que es determinado por Bupa 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 junior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, 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.).
	MÉDICO O DOCTOR	Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
N	NUTRICIONISTA	Profesionales que deben estar entrenados adecuadamente y legalmente calificados y permitidos para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento .
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	PACIENTE	Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.
	PACIENTE 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 .
	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 Bupa por escrito.

P	PAÍS DE RESIDENCIA	El país donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al asegurado titular y/o contratante y que éste ha especificado en la solicitud , o el que se le haya informado posteriormente a Bupa por escrito. Es el país donde el asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza , o donde el asegurado ha residido por más de 180 (ciento ochenta) días continuos durante cualquier período de 365 (trescientos sesenta y cinco) días mientras la póliza está en vigor.
	PANDEMIA	Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
	PERÍODO DE GRACIA	El período de tiempo de 30 (treinta) días después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual Bupa permitirá que la póliza sea pagada.
	PÓLIZA	Su contrato de seguro con Bupa , tal como está descrito en la Cláusula 1 de las “Condiciones Generales” de la póliza .
	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 http://public.ukcrn.org.uk).
	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 .
R	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple 31 (treinta y un) días de vida.
	REHABILITACIÓN (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.
	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el asegurado fue incluido al Global Premier Health Plan.
S	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por el médico o doctor tratante.
	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.
	SOLICITUD	Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes , usada por Bupa para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por Bupa , su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, Bupa antes de la emisión de la póliza .
	SUMA ASEGURADA	Monto en millones de dólares americanos asignada 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, tanto en el territorio de la República Mexicana como en el extranjero, por accidentes , enfermedades o padecimientos cubiertos bajo la póliza , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las “Condiciones Generales” de la póliza . La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza , reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes , 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, aún para aquellos accidentes , enfermedades o padecimientos cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado , por año póliza .
T	TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de las “Condiciones Generales” de la póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en la carátula de la póliza .
	TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)	Un terapeuta ocupacional u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el asegurado esté recibiendo el tratamiento .
	TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el tratamiento .
	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 en el país en donde se esté recibiendo el tratamiento .

T	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.
	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.
	TITULAR	La persona física a quien corresponden los datos personales.
	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.
	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.
	TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios médicamente necesarios que se hacen necesarios debido a una emergencia .
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	Tratamiento de una enfermedad o padecimiento mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

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 11 de abril de 2016, con el número CNSF-S0065-0131-2016.

