



MANUAL DEL AGENTE
BUPA GLOBAL MÉXICO

2018



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PRODUCTOS “GLOBAL HEALTH PLANS”

a. Resumen de productos	9
b. Beneficios con periodos de espera	10
c. Segunda opinión médica “Expert Opinion”	11

ADMINISTRACIÓN DE PÓLIZAS “GLOBAL HEALTH PLANS”

a. Nuevos Negocios	13
i. Cómo emitir un nuevo negocio	
ii. Elegibilidad	15
iii. Solicitud de seguro de gastos médicos mayores individual	16
iv. Identificación del cliente	17
v. Evaluación de riesgos	18
b. Cambios a póliza	29
i. Cómo solicitar un cambio a una póliza	
ii. Cambio de plan y/o deducible	30
iii. Cambio de forma de pago	37
iv. Cambio de agente	38
v. Cambio de contratante	
vi. Correcciones de nombre, fecha de nacimiento y domicilio residencial	40
vii. Residencia temporal fuera de la República Mexicana	
viii. Adición de dependientes	41
ix. Baja de un asegurado	42
x. Cancelación de póliza	43

c. Cobranza y facturación	44
i. Cómo realizar el proceso de pago de una póliza	
ii. Cancelación de cargos automáticos	46
iii. Facturación electrónica	47
d. Rehabilitación de una póliza	48
e. Renovaciones	49

SINIESTROS

a. Cómo presentar una reclamación	51
b. Pago directo	52
i. Autorizaciones de servicios médicos en México y el resto del mundo	
ii. Hospitalizaciones de emergencia	54
iii. Atención dentro de EE. UU. a través de “Blue Cross Blue Shield Global”	55
iv. Segunda opinión médica “Expert Opinion”	57
c. Reembolso	59
i. Gastos erogados en territorio nacional	60
ii. Gastos erogados en territorio internacional	62

SERVICIO PARA AGENTES

a. Servicio al cliente	65
b. Pago de comisiones	66
c. Portal Bupa de agentes	68
d. Bupa es más	71

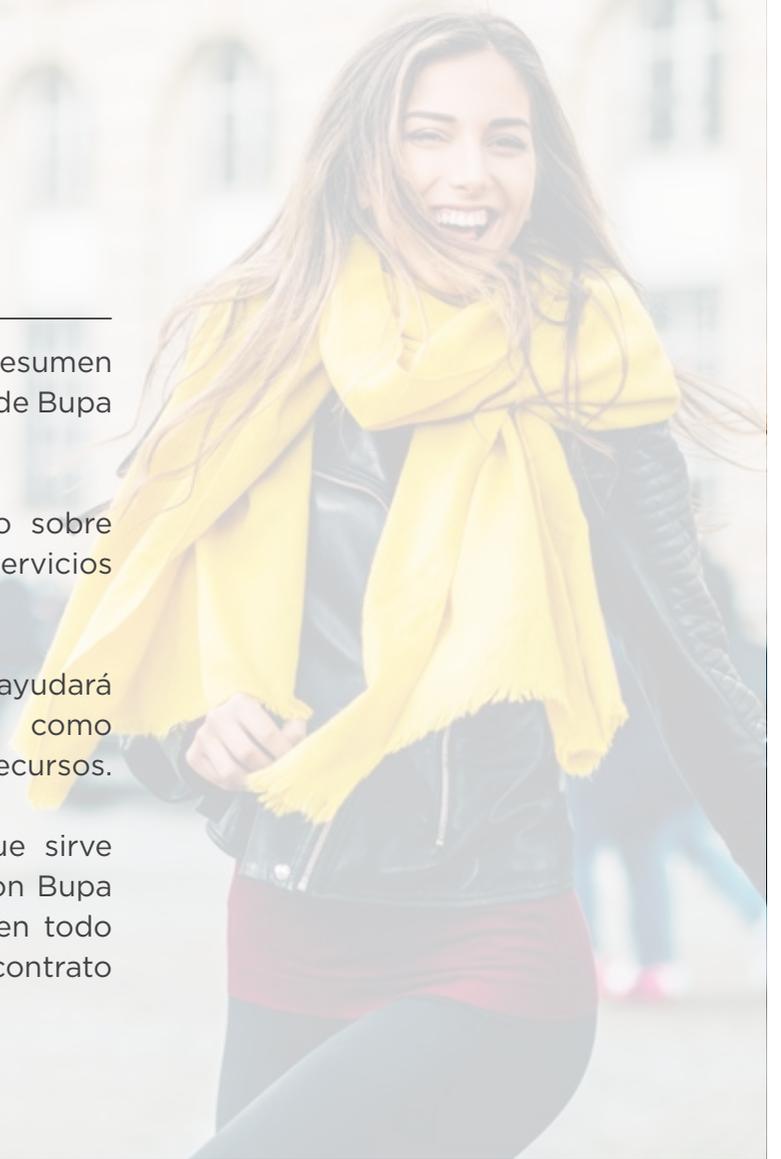
INTRODUCCIÓN

Este manual está diseñado para proporcionar un resumen de las políticas y procedimientos de los servicios de Bupa México.

Incorporando información en una guía de uso sobre productos, administración de pólizas, siniestros y servicios a promotores y agentes de Bupa México.

El uso adecuado de este manual nos ayudará a brindar un mejor servicio, obteniendo como resultado la optimización de sus tiempos y recursos.

Este manual es un documento informativo que sirve como guía para facilitar los distintos trámites con Bupa México; sin embargo, en caso de discrepancia en todo momento prevalecerá el contrato del seguro o el contrato de comisión mercantil, según sea el caso.





NUESTRO PROPÓSITO

El propósito de Bupa es ayudar a las personas a tener **vidas más largas, sanas y felices.**

VISIÓN ESTRATÉGICA

Bupa 2020 es nuestra visión estratégica y define cómo vamos a lograr nuestro propósito distintivo e inspirador “vidas más largas, sanas y felices” para el beneficio de los asegurados y la sociedad en general y la sociedad en general, a través de 3 objetivos:

- Ser el socio en el cuidado de la salud para millones alrededor del mundo.
- Entregar resultados de negocio extraordinarios.
- Que todos nosotros, amemos trabajar aquí.

VALORES

Nuestros valores centrales aseguran que la marca Bupa inspire confianza y respeto. Los valores centrales de Bupa son los principios en los que creemos, los cuales se reflejan en lo que hacemos a diario.

Apasionados

Estamos llenos de energía e inspiración.

Nos gusta lo que hacemos y por qué lo hacemos.

Apreciamos a nuestros clientes.

Comprensivos

Somos generosos y humanos.

Tratamos a las personas con respeto y amabilidad.

Nos preocupamos de todo y cuidamos de todos.

Auténticos

Fieles a nosotros mismos.

Franco y honesto.

Decimos lo que pensamos y pensamos lo que decimos.

Responsables

Cumplimos siempre.

Nos involucramos.

Hacemos de proyectos realidades.

Abiertos

Buscamos nuevas ideas y diferentes puntos de vista.

Compartimos sin reserva.

Escuchamos y comprendemos de verdad.

Aspiramos a la diversidad.

Valientes

Actuamos con coraje.

Nos atrevemos a probar.

Expresamos nuestra opinión.

Extraordinarios

Vamos más allá.

Damos lo mejor de nosotros mismos.

Siempre proporcionamos resultados excepcionales, grandes y pequeños.



Global Health Plans

a. RESUMEN DE PRODUCTOS



	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Cobertura	Mundial			
Red:				
• Estados Unidos	Libre elección	Red "Blue Cross Blue Shield Global"		
• Resto del mundo	Libre elección	Red global		
• Nacional	Libre elección			
Suma asegurada	5M	3M	2M	3M
Deducible	\$1,000, \$2,000, \$3,500, \$5,000* \$10,000*	\$1,000, \$2,000 \$5,000, \$10,000*	\$2,000, \$3,500 \$5,000	\$10,000, \$20,000
Deducible por accidente.	No aplica deducible durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurre en los 3 últimos meses de vigencia de la póliza se elimina deducible para el año póliza inmediato.			Aplica deducible en accidente
Gastos elegibles durante los últimos 3 meses del año póliza	Utilizados para satisfacer el deducible, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.			
Maternidad	\$12,000 (solo con \$1,000 y \$2,000 de deducible)	\$5,000 (solo con \$1,000 y \$2,000 de deducible)	Sin beneficio	
Beneficio de prima cero para hijos nacidos durante la vigencia	Hasta los 5 años y máximo 3 hijos			
Periodo de espera para inicio de cobertura	30 días	60 días		
Cuidados preventivos (cobertura mundial)	Si			No
Segunda opinión médica	Si			
Dependientes en la póliza	Si		Si	Si

Cifras expresadas en dólares americanos

*** Mejoras al producto**

Las condiciones generales de cada uno de nuestros productos "Global Health Plans" se encuentran disponibles en www.bupaemas.com, en la sección de "oficina móvil", clicen "Biblioteca Bupa", seleccionar país, dar clicen "productos global".

b. BENEFICIOS CON PERIODO DE ESPERA

COBERTURA	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Periodo de espera para inicio de cobertura	30 días	60 días	60 días	60 días
Maternidad*	10 meses	10 meses	Sin cobertura	
Ortodoncia no estética	12 meses			
Cirugía por obesidad	24 meses	24 meses		
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	3 años	3 años	3 años	3 años
Restauración mayor no estética	6 meses	6 meses	Sin cobertura	
Condiciones preexistentes declaradas libre de síntomas, signos o tratamientos durante 5 años antes de la fecha efectiva	30 días	60 días	60 días	60 días
Condiciones preexistentes declaradas y presenten síntomas, signos o tratamientos durante 5 años previos de la fecha efectiva	2 años	2 años	2 años	2 años
BENEFICIOS PREVENTIVOS CON PERIODO DE ESPERA				
Examen de salud general, 1 por año por asegurado 18+ años solamente	10 meses	10 meses	10 meses	Sin cobertura
Examen dental preventivo				
Examen de la vista				

*El periodo de espera de maternidad se calcula con base en la fecha probable del parto, incluyendo estudio médico que lo compruebe.

Las condiciones generales de cada uno de nuestros productos "Global Health Plans" se encuentran disponibles en www.bupaesmas.com, en la sección de "oficina móvil", clic en "Biblioteca Bupa", seleccionar país, dar clic en "productos global".

c. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA “EXPERT OPINION”

VENTAJAS DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA “EXPERT OPINION”

1. Este servicio se brinda a través de “Advance Medical”, empresa independiente de Bupa Global, lo que demuestra que Bupa Global no tiene ningún interés en que usted elija a un médico o siga un tratamiento específico. El interés de Bupa Global consiste en ayudarlo a tomar la mejor decisión para su salud.
2. Cada caso es manejado por un gerente médico en Bupa Global y un gerente médico en “Advance Medical”.
3. El comité asigna hasta tres especialistas por caso, lo que quiere decir que usted recibirá una segunda, tercera y hasta una cuarta opinión médica.
4. Los especialistas asignados son médicos de renombre internacional, eminencias en su área de trabajo, investigadores científicos que escriben artículos en prestigiosas publicaciones del sector y están a la vanguardia del tratamiento de su condición específica.
5. Todos los asegurados de Bupa Global pueden recibir este servicio aunque no tengan la condición cubierta en su seguro médico Bupa Global (por favor, consulte la cobertura y condiciones de su póliza).
6. El servicio “Expert Opinion” no tiene ningún costo para usted y, además, Bupa Global cubre los gastos de traducción de documentos que sean necesarios.





**Administración de pólizas
“Global Health Plans”**



a. NUEVOS NEGOCIOS

i. CÓMO EMITIR UN NUEVO NEGOCIO

- 1. Elegibilidad.** Revisar la sección de elegibilidad¹ para saber si el solicitante cumple los requisitos.
- 2. Llenado de solicitud.** Deberá llenar detalladamente la solicitud de seguro de gastos médicos mayores individual “Global Health Plans” y deberá estar firmada por el asegurado titular y/o contratante.
- 3. Identificación del cliente.** Deberá reunir toda la documentación de acuerdo al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), así como las disposiciones de carácter general aplicables emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
- 4. Entrega de solicitud y documentos.** Podrá enviar un correo electrónico a mesadecontrol@bupalatinamerica.com, la solicitud de gastos médicos mayores individual “Global Health Plans” y los documentos del Art. 492. Mesa de control validará que toda la información y documentos estén completos a través de una lista de requisitos. En caso de haber información faltante recibirá un correo electrónico en las siguientes **24 horas hábiles** con el detalle de la información requerida.

*Le recordamos que para la impresión de la póliza es **indispensable entregar en original la solicitud de gastos médicos mayores individual “Global Health Plans”, en las oficinas de Bupa México: Montes Urales 745, Piso 1, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Ciudad de México, Del. Miguel Hidalgo***

¹ Véase página 15

5. Digitalización de documentos. Una vez recibidos los documentos, Bupa México revisará que los documentos estén completos y digitalizará toda la información al sistema.

En caso de documentos incompletos o pendientes por enviar, se mantendrá como pendiente hasta un plazo no mayor a **45 días naturales** a partir de la fecha de firma de la solicitud de gastos médicos mayores individual.

6. Captura de Información. Se asigna un número de póliza el cual es enviado automáticamente vía correo electrónico al agente. En este proceso se revisan antecedentes de Personas Políticamente Expuestas (PEP), Office of Foreign Assets Control (OFAC) y la póliza se asigna a evaluación.

7. Evaluación. Realiza evaluación de riesgos, y en caso de requerir información médica adicional, enviará un correo electrónico con el detalle de la información complementaria requerida. Una vez finalizada la evaluación se enviará a impresión, siempre y cuando se tenga el **original de la solicitud** de gastos médicos mayores individual “Global Health Plans”.

8. Impresión. Realiza impresión y armado de la póliza.

9. Envío. Realiza el envío de la póliza al promotor y/o agente.

El tiempo promedio para la emisión de una póliza para nuevo negocio es de **7 días hábiles**, sin considerar el tiempo de respuesta del agente de aquellos casos que se requiera información médica adicional o la documentación ingresada sea incompleta o errónea.

La póliza original será enviada al promotor en un promedio de **24 a 48 horas hábiles** dependiendo de su ubicación geográfica.

El kit de póliza nueva incluye:

- Guía de bienvenida
- Condiciones generales
- Carta de bienvenida
- Carátula
- Condiciones especiales (si aplica)
- Endosos (si aplica)
- Carta de bienvenida “Blue Cross Blue Shield Global”
- Tarjeta ID Bupa
- Tarjeta ID “Blue Cross Blue Shield Global”
- Recibo de cobro
- Folleto de derechos básicos del asegurado

ii. ELEGIBILIDAD

- La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República Mexicana con una edad máxima de 74 años cumplidos, por lo que no está disponible a personas que residen permanentemente en el extranjero.
- **Contratante:** puede ser persona física o moral y es quien firma la solicitud de seguro para obtener la cobertura y quien se obliga al pago de la prima.
- **Titular:** siempre es una persona física con una edad mínima de 18 años.
- Los dependientes elegibles del asegurado titular podrán ser:
 - Cónyuge o concubina(o)
 - Hijos biológicos
 - Hijos adoptados legalmente
 - Menores de edad que dependan económicamente del asegurado titular
- 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 años, si son solteros o hasta los 24 años si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento en que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos

dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto.

- Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en otro país pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando se reúnan los requisitos de elegibilidad antes mencionados y se declare su residencia temporal en el extranjero a Bupa mediante un **formulario de declaración de residencia**, acompañado de copia de la visa, pasaporte y carta de la universidad, colegio o empresa indicando el tiempo que durarán sus estudios o trabajo.



iii. SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Esta solicitud debe ser usada para nuevos negocios, adición de dependientes y cambios de plan que pasen por evaluación.² Es necesario que cada uno de los puntos de la solicitud sean llenados en su totalidad y entregada en original.

- **Contratante:** complete toda la información solicitada de la persona física o moral, información general del asegurado titular y dirección del contratante y asegurado titular.
- **Integrantes adicionales en su póliza:** considere la designación de dependientes económicos conforme a la sección de elegibilidad.³
- **Cuestionario médico:** esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza. Asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos. La información proporcionada en el cuestionario médico debe ser veraz y completa. En caso de no declarar condiciones preexistentes Bupa México se reserva el derecho de rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.
- **Elija su plan:** elección del producto y deducible a contratar.
- **Beneficiario:** en caso que el beneficiario del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se deberá designar a un beneficiario contingente para que reciba el reembolso o pago de prima no devengada correspondientes en su nombre y representación.

*Le recordamos que la solicitud tiene validez por **45 días naturales** a partir de la fecha de firma del solicitante*

*El formulario de solicitud de seguro de gastos médicos individual está disponible en **www.bupaesmas.com**, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”*

² Véase página 18, ³ Véase página 15

- **Detalle sobre su pago:** existen 3 modalidades de pago; cheque, transferencia bancaria y cargo automático a tarjeta de crédito.
- **Consentimiento:** en esta sección está incluido el aviso de privacidad, el consentimiento a su médico para compartir información médica y firmas del asegurado titular y/o contratante. Es importante contar con la firma en todos los espacios requeridos, igual a la firma de la identificación oficial vigente proporcionada.
- **Entrevista personal:** sirve para hacer una validación de los documentos que se deben incluir junto con la solicitud y de que el agente lo coteje contra sus originales.

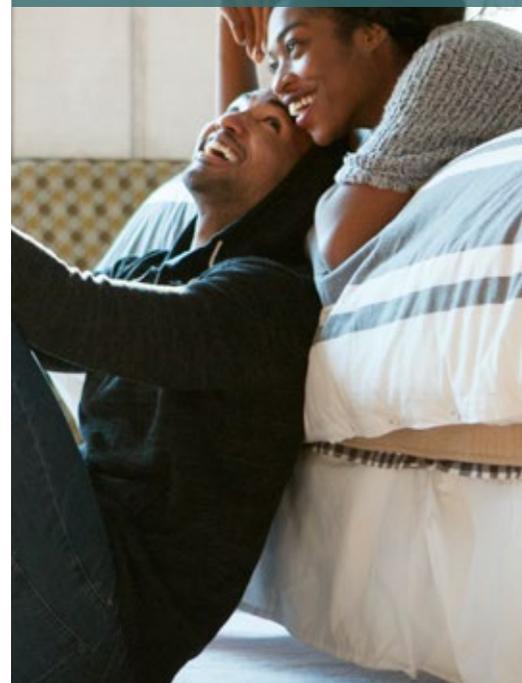
iv. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

De acuerdo al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y las disposiciones generales en la materia emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es necesario presentar copia de los siguientes documentos:

Persona física:

- Identificación oficial vigente (INE, IFE, pasaporte, cédula profesional)
- Constancia de la CURP
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses. (Agua, luz, gas, predial, teléfono fijo, o estado de cuenta bancario)
- En caso de extranjeros, documento que acredite su estancia legal en el país
- Copia de cédula de identificación fiscal (RFC) emitido por SAT (Secretaría de Administración Tributaria)

Es importante que los agentes cuenten con un expediente completo de sus clientes conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (antes artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)



Persona moral:

- Testimonio o copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio.
- En el caso de personas morales de reciente constitución que aún no se encuentren inscritas en el Registro Público de Comercio, escrito firmado por la persona legalmente facultada en el que conste que la inscripción está en proceso.
- Copia de cédula de identificación fiscal (RFC) emitido por SAT (Secretaría de Administración Tributaria).
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
- Testimonio notarial o copia certificada del instrumento en el que constan los poderes del representante legal.
- Identificación oficial vigente del apoderado legal (INE, IFE, pasaporte, cédula profesional).

Los agentes deberán cotejar los originales contra las copias de cada documento e incluir en las copias que entregue a Bupa México, la confirmación de haberlo realizado.

v. EVALUACIÓN DE RIESGOS

Una vez ingresada y validada la solicitud de gastos médicos mayores se dará inicio al proceso de análisis de los antecedentes médicos declarados para valorar adecuadamente el riesgo y estar en posición de brindar la mejor oferta de cobertura al cliente. Por lo anterior, le recordamos responder de forma detallada cada pregunta contenida en la **sección del cuestionario médico** de la solicitud.

En algunos casos se puede necesitar de información adicional, así como cuestionarios y expedientes médicos.

Se recomienda que cuando un asegurado declara antecedentes médicos, se anexas desde un inicio los cuestionarios y/o informes médicos correspondientes





El formulario de solicitud para revisión de exclusiones y/o limitaciones está disponible en www.bupaesmas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

Derivado de la evaluación de riesgos, la póliza podrá aprobarse de manera estándar, con extraprima, con exclusión(es), con periodos de espera, con incremento de deducible o podrá ser no asegurable.

- **Estándar:** sin restricciones, salvo los límites establecidos en las condiciones generales del producto contratado.
- **Extraprima:** es un recargo a la prima del producto contratado, que por algún antecedente médico estará cubierto sin restricciones, salvo los límites establecidos en las condiciones generales del producto contratado.⁴
- **Exclusión:** eliminará cualquier opción de cobertura para tratamiento, seguimiento, investigación, manifestación, complicación y/o secuela, relacionados con la condición excluida.
- **Incremento de deducible:** esta opción permite que se aplique un deducible adicional cada año de la póliza o una vez durante la vida de la misma. Es importante considerar que este deducible es adicional al deducible contratado para la póliza y aplica únicamente para el padecimiento indicado, por lo anterior, el deducible anual regular no se verá afectado por haber cubierto total o parcialmente este deducible adicional.

⁴ Véase página 20



- **No asegurable:** si el propuesto asegurado es considerado con una condición de riesgo elevado y no se puede ofertar ninguna opción de cobertura, será declinado y se ofertará cobertura al resto de la familia previa evaluación.

Cualquier restricción en la póliza puede ser revisada en la fecha aniversario, siempre y cuando se entregue información médica actualizada y que demuestre un cambio favorable en la condición médica del asegurado. Para iniciar el proceso se tiene que llenar el **formulario de solicitud para revisión de exclusiones y/o limitaciones**, así como agregar los estudios de laboratorio y exámenes médicos no mayor a 6 meses y estudios de imagen no mayor a 1 año.

Lo anterior, no garantiza una modificación en la condición de la restricción.

CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS EN LA SOLICITUD

- Estarán cubiertas después del período de espera de **30 días** o **60 días**, dependiendo del producto elegido, cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de 5 años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas o limitadas específicamente en un endoso a la póliza.

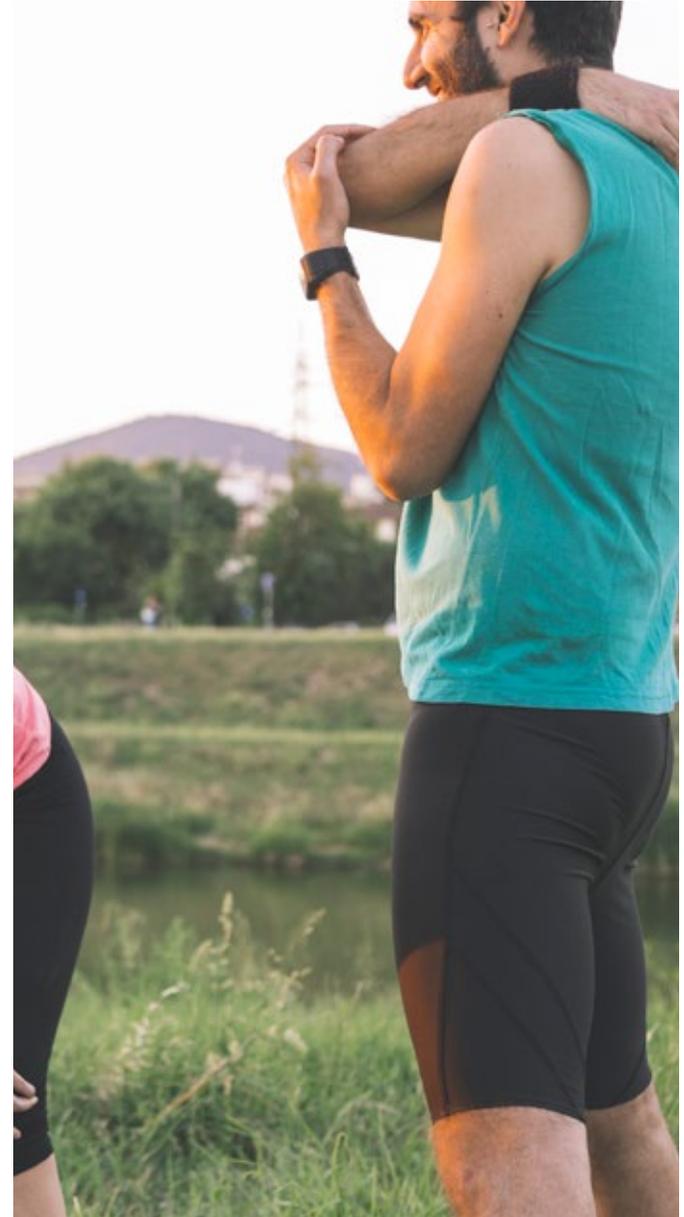
- Estarán cubiertas después de 2 años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de 5 años previos a la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas o limitadas específicamente en un endoso a la póliza.

CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD

- Las condiciones que son omitidas o declaradas con falsedad o inexactitud, pero son conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro, nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en dicha omisión, falsa o inexacta declaración por parte del asegurado de conformidad con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

ELIMINACIÓN DE PERÍODO DE ESPERA

- Nuestras pólizas tienen un período de espera de **30 días** o **60 días**, dependiendo del producto elegido a partir de su fecha de inclusión a la póliza. Sin embargo, puede eliminarse si el asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante al menos 12 meses y no hayan transcurrido más de **30 días** o **60 días**, dependiendo del producto elegido, desde que haya expirado la cobertura anterior.



- Para solicitar este beneficio se deberá enviar a mesadecontrol@bupalatinamerica.com la **carátula o certificado de cobertura de la póliza previa y el comprobante de pago de la prima del último año de cobertura (voucher, factura o estado de cuenta).**
- Es importante mencionar que no aplicará esta eliminación de período de espera para el resto de beneficios con periodo de espera.⁵

REVISIÓN DE LA PÓLIZA

Una vez emitida la póliza después de la evaluación de riesgo inicial el cliente cuenta con la prerrogativa **de revisarla dentro de los 30 días siguientes** al día en que reciba la póliza. Una vez transcurrido este tiempo será considerada como aceptada con todas sus limitaciones y endosos, conforme al artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

GUÍA DE CONDICIONES MÉDICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

A continuación se enlistan algunas de las condiciones médicas más frecuentes consideradas para la evaluación de riesgos.

⁵ Véase página 10

CONDICIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

La siguiente es una **lista parcial** de condiciones médicas, cirugías o tratamientos que **cuando no se encuentran asociados con cualquier otra enfermedad pueden resultar en una aprobación estándar.**

- **Amigdalectomía**
(Sin complicaciones y habiendo transcurrido más de 6 meses)
- **Apendicectomía**
(Sin complicaciones y habiendo transcurrido más de 6 meses)
- **Astigmatismo**
- **Cesárea sin complicaciones**
- **Circuncisión**
- **Cirugía cosmética**
- **Fracturas simples y sin cirugía**
(Hablando transcurrido 2 años, sin complicaciones o material de fijación)
- **Gastroenteritis**
- **Hepatitis A**
- **Histerectomía**
(Hablando transcurrido por lo menos un año y con patología benigna)
- **Infecciones de vías urinarias** *(Aisladas y sin recurrencias)*
- **Otitis**
- **Rinitis**
- **Terapia de reemplazo hormonal por menopausia**
- **Vasectomía**

Los padecimientos anteriores se dan a manera de ejemplo; sin embargo, del resultado final de la evaluación de riesgo pueden modificarse en las condiciones de aprobación.

CONDICIONES MÉDICAS CRÓNICAS O DE ALTO RIESGO

Cada caso es evaluado individualmente y de manera cuidadosa con base a la documentación médica remitida. La oferta de cobertura a proponer dependerá del diagnóstico, evolución y pronóstico de la condición médica.

La siguiente **lista parcial** de condiciones médicas crónicas o de alto riesgo requieren cuestionario e información médica adicional, los cuales deben ser llenados por el médico tratante:

- **Asma:** se solicitará remitan el cuestionario de asma y enfermedades pulmonares con sus anexos completos (radiografía de tórax con validez de un año, espirometría).
- **Convulsiones:** se requerirá del envío de una historia médica completa o cuestionario de convulsiones con sus anexos completos (electroencefalograma, resonancia magnética).



- **Diabetes mellitus tipo 2:** cuestionario de diabetes, con sus anexos completos (química sanguínea de 24 elementos, examen general de orina, hemoglobina glucosilada, todos con validez no mayor a 6 meses).
- **Enfermedades cardíacas e hipertensión:** historia médica completa o cuestionario de enfermedades cardíacas e hipertensión con sus anexos completos (tomas de presión arterial, trazo EKG e interpretación detallada con validez no mayor a 12 meses, reporte de radiografía de tórax, estudios de laboratorio ambos con validez no mayor a 6 meses).
- **Gastritis y úlceras pépticas:** se requerirá envíen el cuestionario de enfermedades esófago gastroduodenales detalladamente requisado y con sus anexos completos (endoscopia, biopsia, determinación de helicobacter pylori).

Los cuestionarios antes mencionados están disponibles en www.bupaemas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

Las siguientes son algunas otras condiciones médicas crónicas o de alto riesgo que no requieren cuestionario y se requerirá algún estudio de laboratorio y/o información médica:

- **Cáncer:** podrán ser aprobados con exclusión para cáncer y metástasis; sin embargo, si el solicitante está en remisión por un periodo de 10 años puede ser evaluado para ofrecer una mejor cobertura, para ello se requiere historia médica, resultados histopatológicos, evolución y alta oncológica definitiva.



Un solicitante con antecedente de cáncer con metástasis será declinado



- **Desórdenes de la próstata:** se solicitará historial médico completo del padecimiento y reporte de estudios diagnósticos que avalen el estado de salud actual.
- **Desórdenes de las mamas:** solicitará historial médico completo del padecimiento, reporte de última mastografía y biopsia.
- **Hepatitis:** solicitantes con historia de hepatitis “A” serán aprobados estándar. Los solicitantes con hepatitis “B” se someterán a valoración de riesgo detallada requiriéndose una historia médica completa del padecimiento y estudios diagnósticos de control. Los casos de hepatitis “C”, hepatitis crónica persistente, crónica activa y crónica agresiva serán declinados.
- **Osteoporosis / osteopenia:** se requiere reporte de densitometría reciente. No mayor a 6 meses.
- **Sobrepeso:** solicitantes mayores a 18 años con un índice de masa corporal entre 35 y 39 se requerirá química sanguínea de 24 elementos, hemoglobina glucosilada y electrocardiograma todos no mayores a 6 meses.

CONDICIONES MÉDICAS NO ASEGURABLES

La siguiente es una **lista parcial** sobre las condiciones médicas no asegurables más frecuentes, estas condiciones afectan múltiples órganos y sistemas y son reconocidas como progresivas, crónicas y de alto riesgo, por lo que no pueden ser aprobadas con alguna exclusión o limitación:

- Cirrosis hepática
- Diabetes mellitus tipo I, o insulino dependiente
- Distrofia muscular congénita
- Esclerosis lateral amiotrófica (*Enfermedad de Lou Gehrig*)
- Esclerosis múltiple
- Espondilitis anquilosante
- Fibrosis quística
- Insuficiencia renal crónica
- Lupus eritematoso sistémico
- Miastenia gravis
- Neurofibromatosis
- Obesidad mórbida
- Pancreatitis crónica
- Púrpura trombocitopénica autoinmune
- Síndrome antifosfolípidos

DECLARACIÓN MÉDICA PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Todos **los asegurados de 65 años o más deben presentar una declaración médica.** Se deben responder todas las preguntas e indicar el resultado numérico de los exámenes de laboratorio.



Esta documentación deberá ser ingresada junto con la solicitud de gastos médicos mayores

La declaración médica debe estar llenada y firmada por el médico tratante e incluir la siguiente información:

- La fecha y causa de las últimas cinco consultas con el médico tratante, incluyendo el resultado de la presión arterial.
- Electrocardiograma (EKG) realizado durante el último año (trazo impreso e interpretación detallada por su médico tratante).
- Informe del radiólogo sobre radiografía de tórax realizada durante el último año (no hace falta incluir la placa, solo la interpretación).
- Pruebas de laboratorio realizadas durante los últimos 6 meses (lípidos, hemograma, creatinina, glucosa, hemoglobina glucosilada, antígeno prostático específico).
- Mamografía y prueba de papanicolaou realizadas durante el último año (en caso de haberse requerido biopsia remitir también reporte de patología).
- Se deberá anexar el reporte sí se ha realizado algún otro examen distinto a los antes mencionados o complementario durante los últimos 5 años (por ejemplo, tomografía axial computarizada [TC], resonancia magnética [RM], ecocardiografía, prueba de esfuerzo).

El formulario debe contener el nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico, fecha y firma del médico que lo ha completado.



El formulario de declaración médica está disponible en www.bupaesmas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

REEMBOLSOS POR INFORMACIÓN MÉDICA PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS

En caso de haber generado gastos por información médica requerida para la evaluación de riesgos, y una vez emitida y pagada la póliza, se podrán reembolsar algunos estudios conforme los siguientes topes:

TARIFAS MÉDICAS 2018*

Perfil de lípidos y glucosa	\$30
Cuestionario de hipertensión	\$25
Cuestionario de diabetes mellitus tipo 2	\$25
Cuestionario de gastritis y úlcera péptica	\$20
Cuestionario de asma y enfermedades pulmonares	\$20
Cuestionario de convulsiones	\$20
Records médicos	\$20
Declaración médica (<i>consulta médica para llenado de declaración médica</i>)	\$25
Declaración médica (<i>con exámenes</i>)	\$100
Ekg (<i>electrocardiograma</i>)	\$30

** Estos importes son en dólares americanos y serán pagados al tipo de cambio que la compañía publica el día que la póliza haya sido pagada. Aplican para dentro y fuera de la República Mexicana.*

El pago máximo a un asegurado en el total de estudios es de 100 dólares por póliza. Para iniciar el proceso de reembolso, la póliza deberá encontrarse aprobada y pagada.

Las facturas deberán ser enviadas a mesadecontrol@bupalatinamerica.com. **Las facturas deberán ser emitidas a nombre del asegurado titular o a nombre de:**

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

Montes Urales 745 piso 1, Lomas de Chapultepec, I Sección, Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000.

R.F.C. BMS030731PC4.

b. CAMBIOS A PÓLIZA

i. CÓMO SOLICITAR UN CAMBIO A UNA PÓLIZA

- 1. Solicitud del servicio.** Para realizar cualquier cambio a una póliza se deberá enviar el **formulario de cambios** así como los documentos adicionales requeridos, dependiendo del tipo de cambio a: mesadecontrol@bupalatinamerica.com quien asignará la solicitud al área correspondiente.
- 2. Cambios.** El área de captura y evaluación realizarán los cambios que tienen una afectación de prima y servicio al cliente los cambios que no afectan prima.
- 3. Impresión.** Una vez realizado el cambio se asigna al área de impresión.
- 4. Envío.** Realiza el envío del documento correspondiente al cambio solicitado al promotor.

El tiempo promedio para realizar un cambio es de **3 días hábiles y de 24 a 48 horas hábiles** de envío al promotor dependiendo de su zona geográfica.

En toda solicitud de cambios, se requiere enviar el **formulario de cambios** firmado por el contratante.



A continuación se indica en qué momento se puede realizar los cambios y también aquellos que requieren documentación adicional:

CAMBIO	FORMULARIO DE CAMBIOS ORIGINAL	RENOVACIÓN E INTERVIGENCIA	REQUISITOS ADICIONALES
Forma de pago			
Cambio de agente			•
Contratante			•
Correcciones			•
Residencia temporal fuera del país			
Cancelación	•		

R: Renovación |: Intervigencia

ii. CAMBIO DE PLAN Y/O DEDUCIBLE

La Gama de productos que pueden pasar a “Global Health Plans”:

- Bupa Care
- IHI y Amedex
- Otros (Bupa one, platino y mundial, executive y supreme)

Se pueden realizar los cambios de plan dentro de los siguientes **30 días** de la fecha aniversario de la póliza y se deberá notificar a la compañía antes de la fecha de renovación.

Para formas de pago trimestral y semestral podrá hacerse el cambio en la fecha del vencimiento del último recibo pagado hasta **30 días** posteriores a la fecha de fin de vigencia (solo aplica para cambios entre productos “**Global Health Plans**”), siempre y cuando no exista un siniestro en curso y la póliza cumpla con 12 meses continuos activa.

En caso de que durante el proceso de cambio se haya pagado el siguiente recibo se podrá transferir la prima al 100% al nuevo plan.

El trámite podrá ser ingresado con un máximo de **30 días** anteriores a la fecha de aniversario.

Existen cambios de producto que son automáticos (A) y cambios que pasan por evaluación de riesgos (U). El criterio depende del producto y deducible a contratar.

Se requiere presentar **solicitud de gastos médicos mayores individual de “Global Health Plans”** para realizar el cambio de plan, así como los **documentos del artículo 492.** ⁶

⁶ Véase página 17



Si el cambio de producto entre “Global Health Plans” es automático (A) solo se requiere el formulario de cambios original; así como para los demás productos que cambien a un producto “Global Health Plans”.

*El formulario de cambios está disponible en **www.bupaesmas.com**, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”*

Todos los cambios de Bupa Care a “Global Health Plans” mantienen el mismo número de póliza, siempre y cuando no sea intervigencia.

Se integra en la póliza el endoso de cobertura continua:

- Para padecimientos preexistentes declarados, amparados en la póliza anterior y con cobertura en la póliza nueva.
- Beneficios con suma asegurada de por vida, como son trasplante de órganos y congénitos, serán limitados al remanente de suma asegurada de la póliza previa en caso de haber gasto erogado.
- Durante los primeros **60 días** se limitará la cobertura al menor de los beneficios, excepto accidentes y enfermedades de origen infeccioso.
- En caso de no haber gasto en la póliza previa durante los 12 primeros meses se limitará la cobertura al menor de los beneficios para recién nacido, trasplante y congénitos.

El periodo de espera de 10 meses para la cobertura de maternidad será reestablecido. Sin embargo, se podrá otorgar un endoso para eliminarlo cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Que cuente con el beneficio de maternidad en la póliza anterior (solo aplica para cónyuges o titulares).

- Que la suma asegurada de maternidad de la póliza previa sea mayor o igual a la del nuevo plan.
- Que el cambio de plan sea únicamente en fecha de aniversario.

Finalmente, revisar la tabla donde se incluirá el endoso de eliminación de periodo de espera de maternidad.⁷

En caso de ser procedente el cambio de plan los siniestros vigentes y en proceso de pago al momento de cambio de plan serán cubiertos considerando los términos y condiciones del producto “Global Health Plans”.

Los siniestros vigentes y en proceso de pago considerarán las sumas aseguradas correspondientes al plan que estaba vigente al momento del primer síntoma y gasto de dicho siniestro o reclamación a excepción de los mencionados en el endoso de cobertura continua.

Los criterios para cambio de plan podrán cambiar sin previo aviso.

⁷ Véase página 36

Para identificar si el cambio de plan y/o deducible es en automático o requiere evaluación siga las siguientes instrucciones:

- Las tablas de cambio de producto aplican primero.
- Las tablas de deducibles aplican como segundo criterio, únicamente cuando los cambios de producto sean en automático.
- Cualquier caso no establecido en las tablas será sujeto a evaluación médica.

TABLAS DE CAMBIO DE PRODUCTO

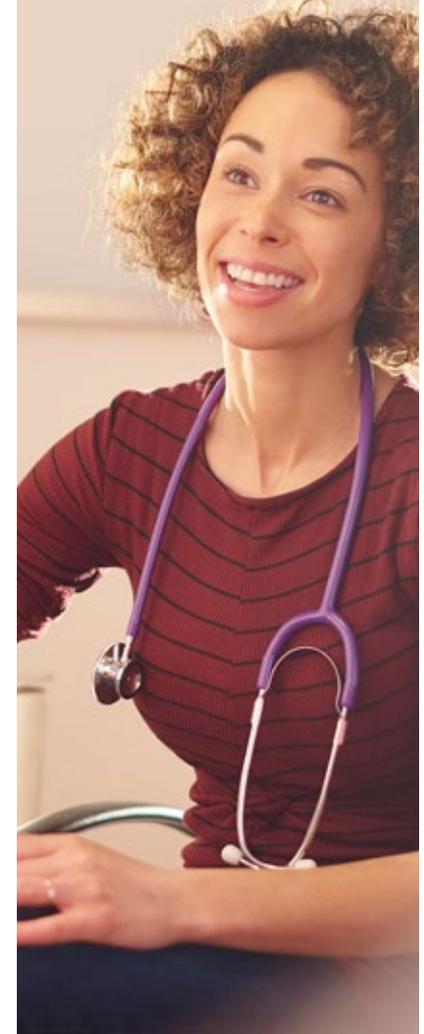
A continuación se encuentran las tablas de cambios de producto. Solo cuando sean automáticos tendrán que considerarse también la tabla de cambios de deducible.⁸

TABLA DE CAMBIO DE PRODUCTOS BUPA CARE A “GLOBAL HEALTH PLANS”

BUPA CARE	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Diamond				
Complete				
Advantage				
Secure	U	U	U	U
Essential				
Critical				
Total				

A: Automático U: Evaluación de riesgos

En los cambios de plan se restablece el deducible



⁸ Véase página 35

TABLA DE CAMBIO ENTRE PRODUCTOS “GLOBAL HEALTH PLANS”

PRODUCTO	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Elite		A	A	A
Premier	U		A	A
Select	U	U		A
Major Medical	U	U	U	

A: Automático U: Evaluación de riesgos

TABLA DE CAMBIO DE PRODUCTOS DE IHI Y AMEDEX A “GLOBAL HEALTH PLANS”

PRODUCTO IHI	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Diamond	U	U	U	U
Gold				

PRODUCTO AMEDEX	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Internacional	U	U	U	U
Select				

A: Automático U: Evaluación de riesgos



TABLA DE CAMBIO DE OTROS PRODUCTOS A “GLOBAL HEALTH PLANS”

OTROS PRODUCTOS	ELITE	PREMIER	SELECT	MAJOR MEDICAL
Bupa One y Bupa One Plus	U	U	U	U
Platino				
Mundial				
Supreme				
Executive				

A: Automático U: Evaluación de riesgos

TABLA DE DEDUCIBLES

	ELITE					PREMIER				SELECT			MAJOR MEDICAL	
	\$1,000	\$2,000	\$3,500	\$5,000	\$10,000	\$1,000	\$2,000	\$5,000	\$10,000	\$2,000	\$3,500	\$5,000	\$10,000	\$20,000
GLOBAL HEALTH PLANS														
\$1,000	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
\$2,000	U	A	A	A	A	U	A	A	A	A	A	A	A	A
\$3,500	U	U	A	A	A	U	U	A	A	U	A	A	A	A
\$5,000	U	U	U	A	A	U	U	A	A	U	U	A	A	A
\$10,000	U	U	U	U	A	U	U	U	A	U	U	U	A	A
\$20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	A

A: Automático U: Evaluación de riesgos

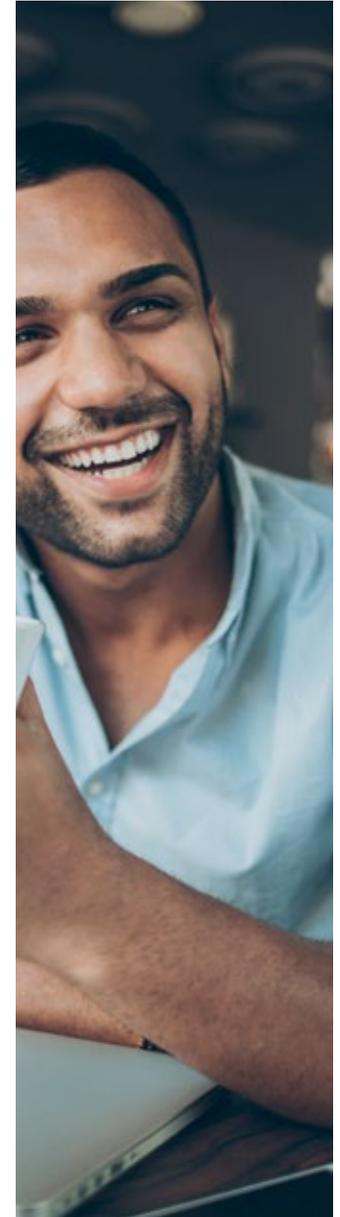


Si alguna opción de deducible no está incluida se encuentra sujeta a evaluación de riesgos

TABLA DE ELIMINACIÓN DEL PERIODO DE ESPERA DE MATERNIDAD

	ELITE Deducible \$1,000 y \$2,000	PREMIER Deducible \$2,000
PRODUCTO GLOBAL HEALTH PLANS		
Elite (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
Premier (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		
Select		
Major Medical		
PRODUCTO CARE		
Diamond (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
Complete (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
Advantage (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
Secure (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		
Essential (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		
Total (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		
PRODUCTO IHI		
Diamond (Deducible \$1,000 Y \$2,000)	Si	Si
Gold (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
PRODUCTO AMEDEX		
International		
Select		
OTROS PRODUCTOS		
Bupa One Y Bupa One Plus		
Platino		
Mundial		
Supreme (Deducible \$1,000 Y \$2,000)		Si
Executive		

Cifras expresadas en dólares americanos.



iii. CAMBIO DE FORMA DE PAGO

Este cambio podrá realizarse conforme lo muestra la tabla siguiente y se deberá solicitar a través del formulario de cambios y firmado por el contratante.

FORMA DE PAGO	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL
Anual		Aniversario	Aniversario
Semestral	Aniversario		2do Semestre
Trimestral	Aniversario	3er Trimestre	

El contratante del seguro podrá elegir entre las diferentes opciones de pago y se aplicará el recargo por pago fraccionado que corresponda:

- Forma de pago trimestral 7.5%
- Forma de pago semestral 4.5%
- Forma de pago anual sin cargo



Es importante considerar que el recargo por pago fraccionado se agrega a la prima neta por cambio de forma de pago

iv. CAMBIO DE AGENTE

Este cambio podrá realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, se deberá notificar a la compañía mediante escrito firmado exclusivamente por el contratante e incluyendo copia de su identificación oficial vigente, número de clave y nombre del nuevo agente; esta información deberá enviarse al correo electrónico mesadecontrol@bupalatinamerica.com.

Una vez recibida la notificación Bupa contactará al agente vigente para indicarle que ha recibido una solicitud de cambio de conducto. Si durante los siguientes **5 días hábiles** no se recibe ninguna instrucción distinta por parte del contratante, se procederá a realizar el cambio.

v. CAMBIO DE CONTRATANTE

Este cambio puede realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, se verá reflejado en la factura de la siguiente renovación o pago subsecuente; y en el aniversario de la póliza siempre y cuando esta petición se realice dentro de los primeros **30 días** del período de gracia de la póliza y antes de haber efectuado su pago.

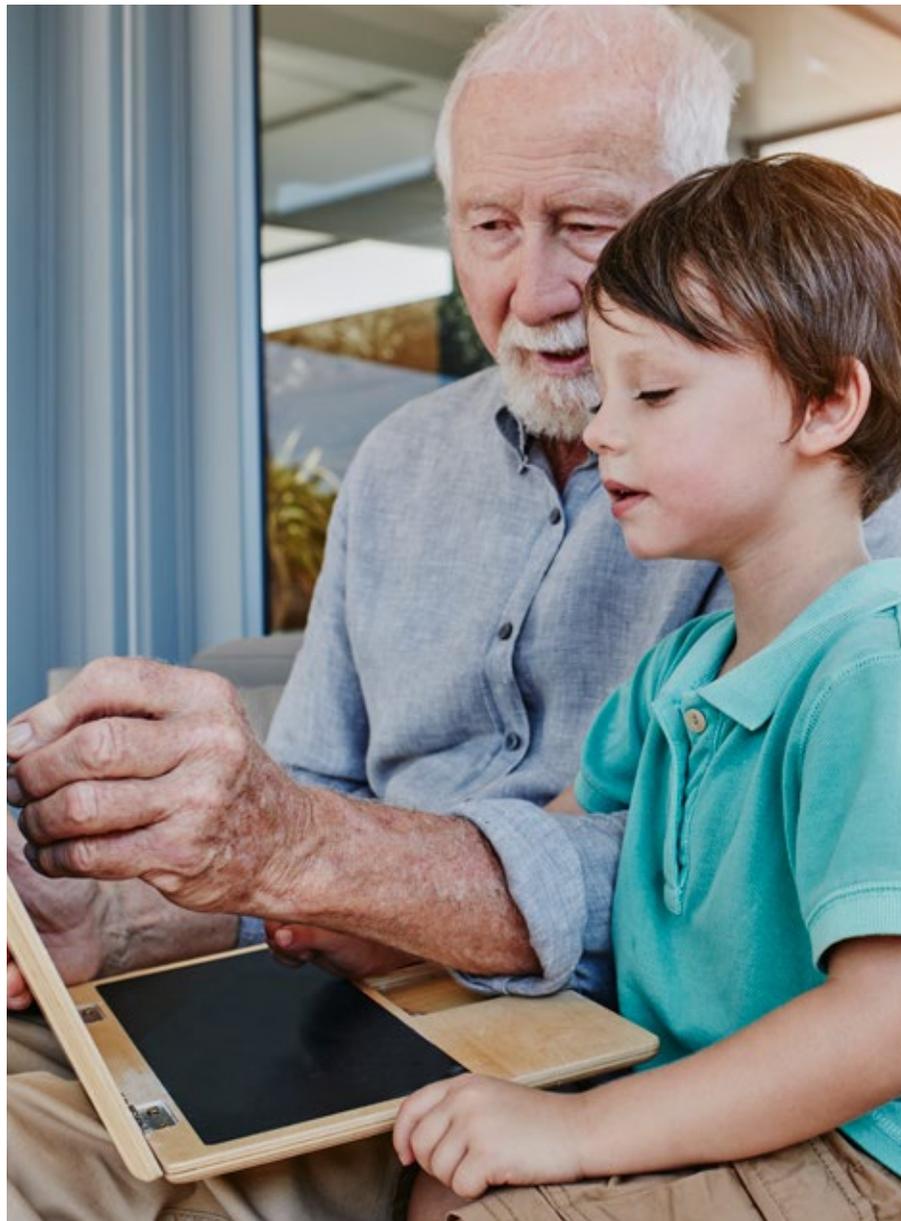


Si el cambio es a persona moral, es importante enviar a mesa de control:

- Formulario de cambios, firmado por el contratante actual de la póliza, acompañado de su identificación oficial vigente.
- Art. 492 del nuevo contratante (acta constitutiva, folio mercantil, poder notarial en este último en caso de que aplique, identificación del representante legal y comprobante de domicilio no mayor a 3 meses).

Si el cambio es a persona física, es importante enviar a mesa de control:

- Formulario de cambios, firmado por el contratante actual de la póliza y acompañado de su Identificación oficial vigente.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
- Identificación oficial vigente del nuevo contratante.
- Copia de RFC.
- Constancia de la CURP.
- En caso de extranjeros, documento que acredite su estancia legal en el país.



vi. CORRECCIONES DE NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, DOMICILIO

Estos cambios podrán realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, presentando formulario de cambios, firmado por el contratante de la póliza y acompañado de la documentación que avale dicho cambio, ej.: En caso de que la fecha de nacimiento a corregir sea diferente a la declarada en la solicitud, se solicitará copia del acta de nacimiento o identificación oficial vigente para realizar el movimiento; si el cambio es de dirección, deberá entregar comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

vii. RESIDENCIA TEMPORAL FUERA DE LA REPÚBLICA MEXICANA

El asegurado titular y/o contratante debe notificar a Bupa cualquier cambio de residencia tanto suyo como de sus dependientes dentro de los primeros **30 días** siguientes al cambio, enviando a mesadecontrol@bupalatinamerica.com el formulario de declaración de residencia.

Hijos solteros dependientes hasta la edad de 24 años, asegúrese que cumpla los requisitos de elegibilidad.⁹

⁹ Véase página 15

El formulario de declaración de residencia está disponible en www.bupaesmas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

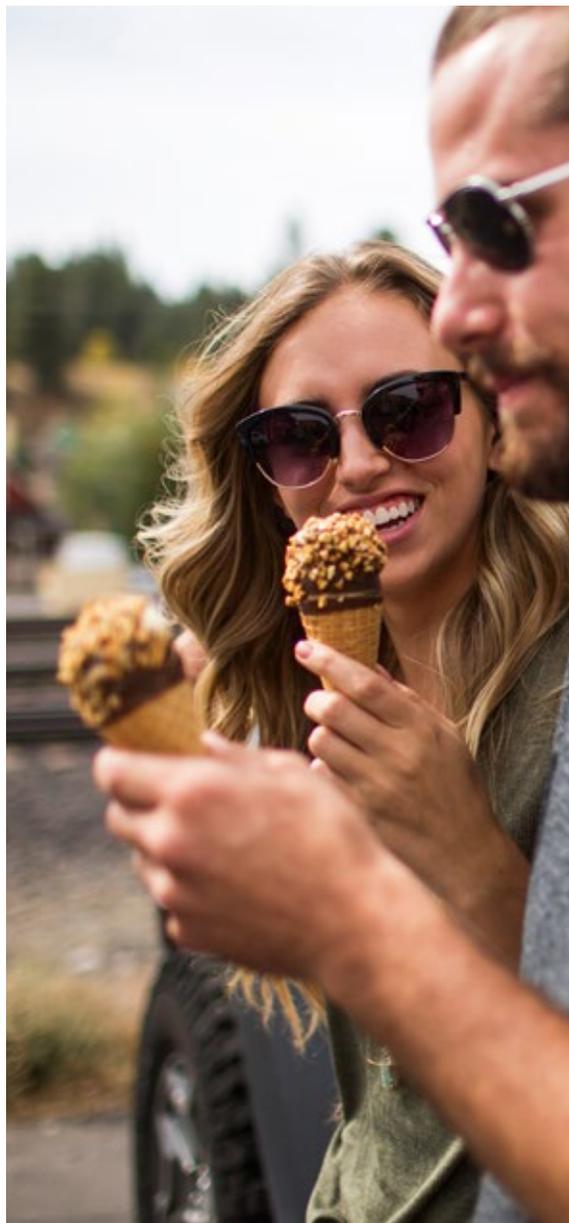


viii. ADICIÓN DE DEPENDIENTES

Se podrá agregar dependientes a la póliza en cualquier momento, enviando formulario de cambios a:

mesadecontrol@bupalatinamerica.com, y conforme a lo siguiente:

- Recién nacido proveniente de una maternidad o paternidad cubierta. En estos casos no hay evaluación de riesgo y debe cumplirse lo siguiente:
 - La póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos 10 meses calendario consecutivos.
 - Se deberá presentar copia del acta o certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo, talla, peso y fecha de nacimiento del recién nacido dentro de los **90 días** después del nacimiento.
 - La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.
- Recién nacido proveniente de una maternidad no cubierta o que no cumpla con los requisitos anteriores deberá de pasar por el proceso de nuevos negocios. ¹⁰
- El cónyuge y los hijos dependientes pueden ser adicionados a una póliza existente en cualquier momento, enviando una **solicitud de gastos médicos mayores individual**, debidamente requisada, la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. ¹¹



¹⁰ Véase página 13, ¹¹ Véase página 18

ix. BAJA DE UN ASEGURADO

- En caso de que el titular y/o contratante decida ser dado de baja de la póliza, es necesario enviar un **formulario de cambios** solicitando por escrito el movimiento a mesa de control. La fecha efectiva de la baja será la misma de la solicitud.
- Si el titular de la póliza se da de baja, el cónyuge asegurado será el nuevo titular de la póliza.
- Si un hijo dependiente mayor de 19 años deja de ser estudiante de tiempo completo se deberá notificar a la compañía para darlo de baja; o si cumple 24 años, será automáticamente dado de baja de la póliza en el aniversario siguiente y podrá incluirse en una póliza nueva individual a su renovación.
- Para dar de baja a un dependiente por matrimonio, divorcio, o terminación del período de estudios, el contratante de la póliza deberá enviar **formulario de cambios** solicitando por escrito el movimiento a mesa de control.
- Las personas que han salido de una póliza en la cual han tenido cobertura como dependientes, pueden continuar su cobertura enviando una **solicitud de gastos médicos mayores individual** dentro de los **30 días** siguientes a la fecha en que salieron de la póliza. En este caso, se **emitirá una nueva póliza dando cobertura continua, conservando el mismo tipo de plan, deducible y contendrá las mismas exclusiones y limitaciones** de la cobertura original y el asegurado conservará la antigüedad de la póliza previa.



El formulario de cambios está disponible en www.bupaemas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

x. CANCELACIÓN DE PÓLIZA

La cancelación de la póliza podrá realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, enviando el formulario de cambios firmado por el contratante de la póliza, anexando copia de identificación oficial vigente a mesa de control.

Si la petición es presentada a Bupa México dentro de los **30 días** de su renovación, y la prima ya hubiese sido pagada, la devolución procederá de acuerdo a condiciones generales, se devolverá al contratante el importe de la prima pagada, menos derecho de póliza.

En caso de que el contratante decida dar por terminado el contrato después de los **30 días** de vigencia de la póliza, Bupa México devolverá el 65% de prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza, ni costo “USA Medical Services”.

En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas.

El tiempo promedio para la devolución de prima es de **5 días hábiles**, siempre y cuando la información se encuentre completa y legible. La devolución se realizará del mismo modo en el que fue realizado el pago.



c. COBRANZA Y FACTURACIÓN

i. CÓMO REALIZAR EL PROCESO DE PAGO DE UNA PÓLIZA

- 1. Aprobación de póliza.** Una vez aprobada la póliza por suscripción la póliza aparecerá en el sistema como PP (pendiente de pago), por lo que se deberá gestionar el pago de la misma.
- 2. Formas de pago.** El asegurado cuenta con diferentes opciones para realizar el pago de su prima:
 - Pago en línea a través del portal Bupa ¹²
 - Cheque nominativo a Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V.
 - Transferencia bancaria a las cuentas de la compañía usando los números de referencia que se indican en el recibo de pago. Las transferencias pueden ser en dólares o pesos
 - Cargo a tarjeta de crédito por única vez programado

¹² Véase página 70



El formulario de cambios está disponible en www.bupaesmas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

3. Cargo automático a tarjeta. Si dentro de la solicitud se autorizó la opción de pago con cargo automático a tarjeta de crédito el cargo se realizará automáticamente, una vez aprobada la póliza al inicio de la vigencia de cada uno de los recibos. **48 horas hábiles** después de haberse realizado el cargo a la tarjeta se enviará la factura al correo electrónico del agente. En cada renovación se realizará el cargo automático.

4. Otras formas de pago. Dentro del kit de la póliza se encontrará el recibo de pago con las referencias bancarias para las diferentes opciones de pago; una vez realizado el pago se aplica a la póliza quedando ésta como activa y **48 horas hábiles** después se enviará la factura al correo electrónico del agente. Para facilitar el proceso de aplicación de la póliza es importante enviar comprobante de pago con su referencia al correo:

mesadecontrol@bupalatinamerica.com.

No se aceptan pagos en efectivo, cheques de viajero o pagos en especie. Los cargos autorizados para deducirse en forma automática de acuerdo al vencimiento de la póliza, son realizados de acuerdo a la fecha de vencimiento.

El tiempo aproximado para la aplicación de **pagos a pólizas es de 24 horas hábiles y para el envío de factura por correo electrónico 48 horas hábiles.**



ii. CANCELACIÓN DE CARGOS AUTOMÁTICOS

Debe ser enviada por escrito a mesadecontrol@bupalatinamerica.com con **15 días** de anticipación a la vigencia de la póliza o el cargo programado.

No se realizarán devoluciones de cargos autorizados y no cancelados con la anticipación antes mencionada.



iii. FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Los requisitos fiscales que deben cumplir las facturas electrónicas son:

Artículo 29-A CFF. (Código Fiscal de la Federación)

- Registro Federal del Contribuyente (RFC) de quien los expida y el régimen fiscal en el que tributen
- Número de folio fiscal y el sello digital del SAT
- Lugar y fecha de expedición
- Registro Federal del Contribuyente de la persona a favor de quien se expida
- Cantidad, unidad de medida y clase de los bienes, mercancías o descripción del servicio o del uso o goce que amparen
- El valor unitario consignado en número
- El importe total consignado en número o letra

Durante los **30 días** posteriores a la entrega de la póliza y antes de efectuar el pago correspondiente, se deberá verificar y corroborar los datos fiscales, los cuales serán utilizados para la generación de la factura electrónica.

Una vez efectuado el pago no existirá refacturación.

Para actualizaciones de datos fiscales, estos deberán ser enviados al correo mesadecontrol@bupalatinamerica.com incluyendo el formulario de cambios debidamente llenado y serán aplicables a su próximo recibo.

Las facturas serán enviadas a los correos electrónicos proporcionados por el agente dentro de las **48 horas hábiles posteriores a la aplicación del pago.**

Si requiere actualización del correo electrónico para recibir facturas, deberá enviar su solicitud a serviciocliente@bupalatinamerica.com indicando en el asunto actualización de correo para recepción de facturación.

d. REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

Todas las pólizas tienen **30 días** para el pago de los recibos correspondientes, una vez pasado este periodo se requiere pasar por un proceso de rehabilitación:

- Si la póliza es pagada entre el día 31 y 45, podrá ser rehabilitada sin requisitos adicionales.
- En caso contrario será necesario enviar el formulario **certificado de buena salud** junto con la copia de la identificación oficial vigente por ambos lados. Es importante considerar que toda rehabilitación pasa por un proceso de evaluación de riesgos. ¹³

El certificado de buena salud deberá enviarse al correo mesadecontrol@bupalatinamerica.com

El tiempo promedio de respuesta para la rehabilitación de una póliza es de **3 días hábiles**, sin considerar el tiempo de respuesta del agente en aquellos casos que se requiera información médica adicional.



*El formulario del certificado de buena salud está disponible en **www.bupaemas.com**, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”*

¹³ Véase página 18

e. RENOVACIONES

Las renovaciones se emiten en sistema de forma automática **60 días** anteriores a su fecha de renovación y se **envían con un máximo de 30 días** de anticipación a la promotoría.

Siendo dependiente de una póliza familiar y cumpla 24 años, en la renovación se emitirá una póliza como titular con el mismo producto y plan de la póliza familiar y será dado de baja de la misma.

Si el dependiente de 24 años se vuelve el contratante deber presentar los documentos requeridos por el Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. ¹⁴

El kit de renovación incluye:

- Condiciones generales
- Carta de renovación
- Carátula
- Condiciones especiales (*si aplica*)
- Recibo informativo

La póliza se cancelará automáticamente a los **30 días** del vencimiento si el pago no hubiese sido recibido.



Una vez emitida la póliza, las renovaciones son automáticas, independientemente del estado de salud del asegurado y no existe límite de edad para las renovaciones

¹⁴ Véase página 17



Siniestros



a. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Tenemos 2 modalidades en las cuales puede presentar una reclamación ante Bupa México:

PAGO DIRECTO

- i. Autorizaciones de servicios médicos en México y resto del mundo.
- ii. Atención dentro de EE. UU. a través de “Blue Cross Blue Shield Global”.
- iii. Hospitalizaciones de emergencia.
- iv. Segunda opinión médica “Expert Opinion”.

REEMBOLSO

- i. Gastos erogados en territorio nacional.
- ii. Gastos erogados en territorio internacional.

A continuación se describen los pasos que debe seguir en cada uno de ellos.

b. PAGO DIRECTO

i. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS EN MÉXICO Y EL RESTO DEL MUNDO

Un buen inicio es la notificación oportuna, recuerde que usted debe llamar a “USA Medical Services” para recibir todo el apoyo necesario para **el trámite de su siniestro ya sea una cirugía programada, una hospitalización o un estudio especializado.**

Siempre que solicite servicio será necesario contar con los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación médica debidamente completado tanto por usted como por su médico tratante. Es necesario que cuenten con toda la información que se solicita, fecha de inicio de los síntomas, primera visita al médico, estudios efectuados, el diagnóstico y tratamiento propuesto. En caso de accidente deberá relatar los hechos de forma precisa para su correcta evaluación.

Su médico tratante deberá llenar el formulario describiendo su cuadro clínico, el diagnóstico, el tratamiento propuesto, el hospital donde recibirá la atención médica, las fechas propuestas, el presupuesto de los honorarios de los médicos así como sus datos de contacto.



El formulario de reclamación médica está disponible en www.bupaemas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

Por favor adjunte a la reclamación **todos los estudios de laboratorio, gabinete y patología que den sustento al diagnóstico.**

Los números de contacto para “USA Medical Services” son:

- En la Ciudad de México al **5202 1701 opción 1**
- En el interior de la República LADA sin costo al **01800 326 3339**
- En EE. UU. al **+1 (305) 275 1500**
- Dentro de EE. UU. sin costo al **+1 (800) 726 1203**
- Por correo electrónico usamed@bupalatinamerica.com

Contamos con **3 módulos de atención en los principales hospitales de la Ciudad de México**, dónde usted podrá dirigirse para recibir asesoría de nuestro equipo especializado, el cual se encuentra disponible en un horario de **8:00 a 17:00 horas de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 13:00 horas.**

1 HOSPITAL ÁNGELES LOMAS
5202 1701 ext. 4263
(55) 5494 1131

2 HOSPITAL ABC SANTA FE
5202 1701 ext. 4280
(55) 3677 4791

3 HOSPITAL ABC OBSERVATORIO
5202 1701 ext. 4268
(55) 5417 2581

La notificación de ingresos hospitalarios programados debe ser al menos con **72 horas de anticipación.**

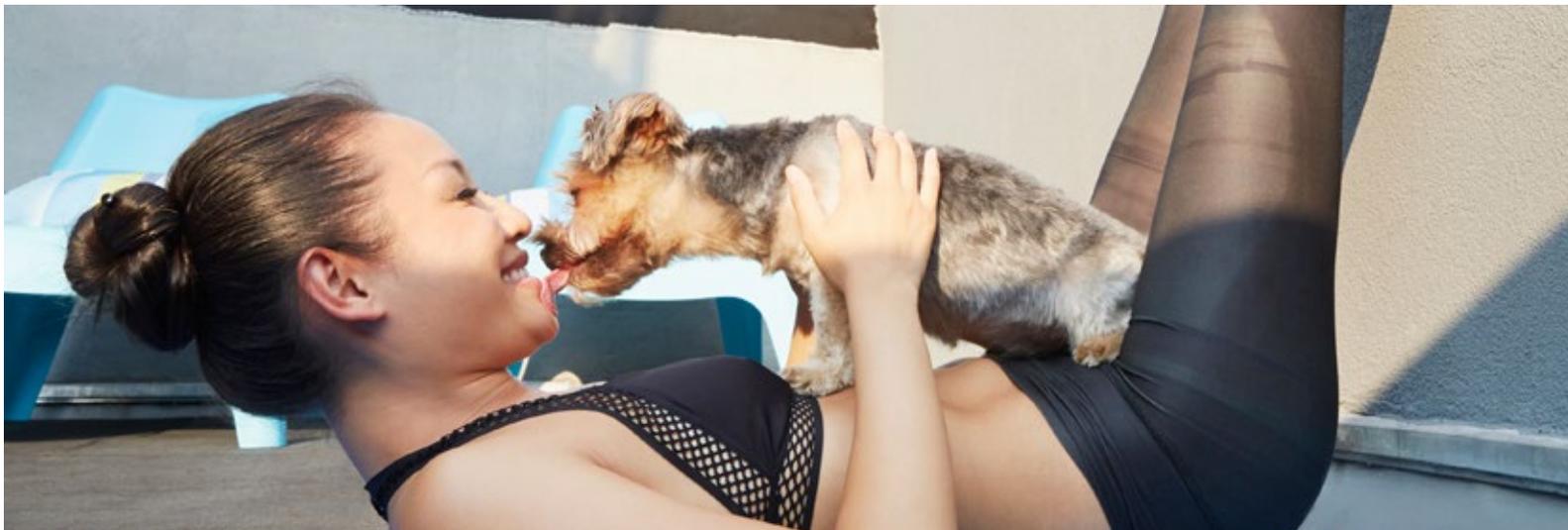
El tiempo de respuesta para una programación de servicios médicos es en promedio de **48 horas hábiles**, dependiendo de la complejidad del tratamiento y/o cirugía, siempre y cuando se hayan presentado los documentos de forma correcta y completa.

ii. HOSPITALIZACIONES DE EMERGENCIA

En los casos de **hospitalizaciones de emergencia** deberá notificar de inmediato y hasta **72 horas después de su ingreso** a los teléfonos anteriormente descritos, las **24 horas** del día los **365 días** del año, y los cuales también se encuentra en el reverso de la tarjeta de seguro Bupa.

Es muy importante que al momento de su ingreso se identifique cómo asegurado, **presentando su tarjeta de seguro ante el hospital** o acudir a los módulos de atención de Bupa antes mencionados.

En caso de acudir a un hospital que no cuente con módulo de atención Bupa, deberá reportar el ingreso a los teléfonos de asistencia o correo electrónico antes mencionados.



Bupa siempre va a buscar que usted ingrese a recibir su atención médica con la tranquilidad de contar con los beneficios que brinda la carta garantía

iii. ATENCIÓN DENTRO DE EE. UU. A TRAVÉS DE “BLUE CROSS BLUE SHIELD GLOBAL”

La red de proveedores en los **Estados Unidos de América** es administrada por nuestros asociados **“Blue Cross Blue Shield Global”**.

Para poder tener atención en EE. UU. debe considerar lo siguiente:

1. Verificar que el médico, el hospital, laboratorio o cualquier otro proveedor, forma parte de la red de proveedores “Blue Cross Blue Shield Global” de acuerdo al producto contratado.

Si usted tiene dudas sobre la red de proveedores, contáctenos a los siguientes teléfonos:

- Servicio al cliente en EE. UU: **+1(786) 257 4745**
- Llamada sin costo dentro de los EE. UU. **+1 (844) 369 3801**

2. Contactar a Bupa mediante los siguientes teléfonos:

- En la Ciudad de México al **5202 1701 opción 1**
- En el interior de la República LADA sin costo al **01800 326 3339**
- En EE. UU. al **+1 (305) 275 1500**
- Dentro de EE. UU. sin costo al **+1 (800) 726 1203**
- Por correo electrónico usamed@bupalatinamerica.com

3. Se deberá incluir todos los estudios de laboratorio, gabinete y patología que den sustento al diagnóstico.
4. La notificación de ingresos hospitalarios programados debe ser al menos con **72 horas de anticipación**.
5. El tiempo de respuesta para una programación de servicios médicos es en promedio de **48 horas hábiles**, dependiendo de la complejidad del tratamiento y/o cirugía.

6. Bupa notificará al proveedor la aprobación del tratamiento. Es muy importante que el asegurado siempre presente su tarjeta “Blue Cross Blue Shield Global” para atención en EE. UU.

Si usted ha recibido tratamiento en EE. UU. y ha pagado al proveedor, debe someter su solicitud de reembolso según el procedimiento indicado en la sección de reembolso.¹⁵

Los asegurados con la **tarjeta “Blue Cross Blue Shield Global”** también tienen acceso al **programa de descuento de farmacias en los EE. UU.** que se ofrece por medio de Universal Rx. Por favor consulte www.bupaglobalaccess.com/pharmacy para obtener toda la información que necesite. Si tiene alguna duda comuníquese a los teléfonos antes mencionados.

VENTAJAS DE PROGRAMAR UN TRATAMIENTO

- Recibir atención con la carta que garantiza el pago del siniestro por parte de Bupa.
- Tenemos oportunidad de validar el procedimiento médico y en su caso orientarle o sugerirle una segunda opinión.
- Podemos apoyarle para la negociación de los honorarios de los médicos tratantes evitando en lo posible que existan diferencias.
- Anticipar las necesidades que tendrá a la alta, pudiendo de esa forma mandar a domicilio medicamentos y/o equipos necesarios para la pronta recuperación del asegurado.



¹⁵ Véase página 59

iv. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA “EXPERT OPINION”

“**Expert Opinion**” brinda acceso a los mejores médicos internacionales e independientes, quienes revisarán el caso para confirmar o modificar el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el tratamiento.

Cuenta con una red global formada por 5 mil expertos médicos de renombre internacional con mayor experiencia, líderes en sus especialidades.

Asesoría brindada a más de 25 millones de personas alrededor del mundo.

Especialistas por caso seleccionados en base a su amplia experiencia con respecto a la condición del paciente.



“Expert Opinion” está disponible para asegurados de Bupa que necesitan información para tomar una decisión médica por alguna enfermedad grave, compleja o crónica

CÓMO SOLICITAR SEGUNDA OPINIÓN

- 1. Solicitud del Servicio.** Envíe un mensaje por correo electrónico a usamed@bupalatinamerica.com con su nombre, condición médica y solicitud específica para el servicio de “Expert Opinion”.
- 2. Asignación del Médico designado a su caso.** Después de que Bupa reciba su solicitud, el médico “Advance Medical” designado a su caso se pondrá en contacto con usted para explicarle el servicio y ayudarle a reunir toda la documentación médica necesaria. ¹⁶

¹⁶ Véase página 11

- 3. Revisión por el comité Clínico.** El comité clínico de “Expert Opinion” evaluará su caso y seleccionará a los mejores especialistas independientes adecuados para su condición.
- 4. Revisión Médica.** Médicos expertos revisarán su caso y hacen recomendaciones para su tratamiento.
- 5. Informe del caso.** Al concluir el proceso, usted recibirá un informe del caso incluyendo su historial, las opiniones de los médicos especialistas, referencias a publicaciones médicas y un breve perfil de cada uno de los especialistas que hayan participado. El informe del caso incluirá lo siguiente:
 - Un resumen completo redactado por el médico designado a su caso
 - Evaluación de su caso médico
 - Revisión de su diagnóstico y plan de tratamiento
 - Sugerencias para el tratamiento
 - Respuestas a sus preguntas médicas
 - Bibliografía de los artículos médicos más relevantes para su caso
 - Currículo de cada uno de los especialistas



Envíe su solicitud a “Expert Opinion” a usamed@bupalatinamerica.com o llame a “USA Medical Services” +1 (305) 398.7400 o (305) 275.1500

c. REEMBOLSO

Para presentar una solicitud de reembolso, por favor siga estos pasos:

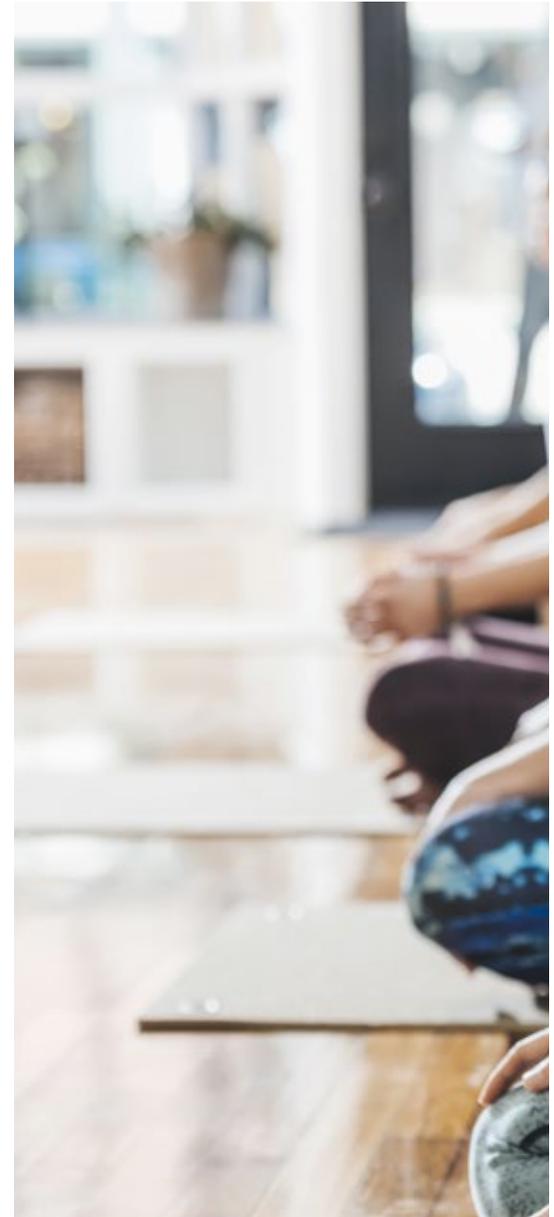
1. Complete el formulario de **reclamación médica**.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, **IMPORTANTE: verifique que todos sus comprobantes correspondan al modelo actual de facturación electrónica**, es decir, que cumplan con los requisitos fiscales regulatorios, sean legibles, **emitidos a nombre del asegurado titular o a nombre de Bupa México Compañía de Seguros S.A. de C.V.** con descripción de servicios.



El formulario de reclamación médica está disponible en www.bupaesmas.com, en la sección de “oficina móvil”, clic en “Biblioteca Bupa”, seleccionar país, dar clic en “solicitudes y formularios”

i. GASTOS EROGADOS EN TERRITORIO NACIONAL

- Suministre el comprobante del hospital, clínica o sanatorio con diagnóstico y número de días de estancia (alta hospitalaria).
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del médico tratante (notas médicas del hospital).
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico.
- Los gastos de laboratorio deben incluir un desglose detallado y en su caso, interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Los gastos farmacéuticos deben incluir una lista con la descripción de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- Para asegurados entre 19 y 24 años de edad, deberá enviar una copia del certificado de estudiante a tiempo completo o una constancia de la escuela en papel membretado donde se diga que el menor es estudiante de tiempo completo, así como una declaración por escrito, firmada por el asegurado principal, declarando bajo protesta de decir verdad que el estado civil del asegurado es soltero.
- En caso de un procedimiento quirúrgico o una biopsia, incluya el informe de patología. En caso de trauma nasal, incluya radiografías, informe de radiología e informe de la sala de emergencia.





- En caso de rehabilitación, incluir bitácora con fecha de servicio firmada por el paciente, plan de tratamiento firmado por el médico tratante.
- Al presentar un reclamo para un recién nacido, deberá incluir en su caso el acta de nacimiento o el certificado de nacimiento o alumbramiento este último expedido por el hospital donde nació el recién nacido.
- Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente).
- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado (identificación oficial vigente, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).



ii. GASTOS EROGADOS EN TERRITORIO INTERNACIONAL

- Presentar facturas “invoices” emitidas por el proveedor que proporciona el servicio indicando el nombre del paciente y descripción del servicio recibido.
 - Comprobante de pago: voucher de pago, estado de cuenta de la tarjeta o cuenta de cheques dónde se verifique el importe y el proveedor al que se dirigió el pago. En caso de pago en efectivo deberá presentar el recibo de caja emitido por el proveedor del servicio.
3. Envíe la solicitud de reembolso y los documentos adjuntos (pueden enviarse en formulario PDF, TIF o JPG) al correo claimsmexico@bupalatinamerica.com indicando en el asunto nombre del paciente y su número de póliza. Es importante adjunte “solicitud de transferencia bancaria” debidamente requisada para que se puedan emitir los pagos de reembolso.

Los beneficios del contrato de seguro prescriben en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Tenga en cuenta que no se indemnizan solicitudes de pago recibidas luego de dicho periodo.

El tiempo de respuesta para reembolso es en promedio de **10 días hábiles**, siempre y cuando se hayan presentado los documentos de forma correcta y completa, sin considerar la respuesta del agente de aquellos casos que se requiera información adicional.

4. En caso de requerirse información adicional, favor de enviarlo al correo claimsinfo@bupalatinamerica.com indicando a que número de reclamo corresponde en el asunto del mismo.*

Si tiene cualquier duda puede llamar a servicio a cliente:

- Ciudad de México **5202 1701 opción 3**
- EE. UU. **+1 (800) 726 1203, +1 (305) 398 7400, +1 (305) 412 4335 directo**
- Al correo electrónico serviciocliente@bupalatinamerica.com

En caso de que se requiera mayor información, para concluir el trámite de reembolso, recibirá un correo electrónico con los detalles de la información necesaria. Este correo se enviará al agente y al asegurado, siempre que tengamos información de contacto vigente registrada. Esta información debe ser enviada al correo **claimsinfo@bupalatinamerica.com, una vez que se reciba la información requerida, se procederá a completar el trámite. Se deberá incluir el número de siniestro al cual desea adjuntar la nueva información, para evitar que se abra un nuevo siniestro cuando se reciba la información*





Servicio para agentes



a. SERVICIO AL CLIENTE

El equipo de servicio al cliente podrá proporcionarle información respecto a los siguientes procesos:

- Información general de beneficios, planes y procedimientos
- Cambios sin afectación de prima
- Solicitudes de cartas de cobertura
- Solicitudes de factura fiscal
- Avisos de renovación y duplicados de documentos en PDF
- Cambio de agente
- Estado de reclamos para reembolso, pago directo, o cualquier otra solicitud
- Punto de contacto para otros departamentos

El horario de atención es de **lunes a viernes de 8:00 AM a 5:00 PM**, usted podrá comunicarse a los teléfonos:

- Ciudad de México **5202 1701 opción 3**
- EE. UU.: **+1 (800) 726 1203,**
+1 (305) 398 7400,
+1 (305) 412 4335 directo
- Al correo electrónico:
serviciocliente@bupalatinamerica.com

b. PAGO DE COMISIONES

CÓMO TRAMITAR PAGO DE COMISIONES

1. La póliza deberá estar activa.
2. Se deberá enviar factura por pago **recibido** al correo: comisiones@bupalatinamerica.com
3. Las facturas deben ser **enviadas** a más tardar los días **lunes antes de las 15:00 horas** para que el pago pueda ser efectuado el día martes.
4. Posterior al pago se podrá verificar el detalle de las comisiones pagadas en el portal de agentes “servicios en línea”.

REQUISITOS

- Se deberá tener la cédula de agente, póliza de responsabilidad civil, contrato mercantil con Bupa vigente con sus respectivos addendums.
- Si requiere actualizar documentos o realizar algún cambio en la documentación deberá notificar a la compañía a través del correo electrónico: agentesmx@bupalatinamerica.com
- El pago de comisiones se realizará los días martes y automáticamente el sistema bloqueara las comisiones (Hold) de la semana siguiente de aquellos agentes a los que Bupa haya realizado algún pago.



- **A partir del miércoles** se procesan todas las facturas recibidas a través del correo electrónico: comisiones@bupatinamerica.com es importante que las facturas sean emitidas correctamente **por el pago recibido**, ya que de esta forma automáticamente se quitará el Hold de la clave del agente.
- Si la factura se encuentra incorrecta ésta se rechazará y el agente deberá **corregirla** y emitir una nueva factura para que el sistema pueda reconocerla; recordando que **la fecha máxima para entregar la nueva factura son los lunes antes de las 15:00 horas**, de no ser así no podrán ser consideradas para el pago del día martes.
- Derivado que ya es un proceso automático, no habrá excepciones y el agente deberá esperar el proceso de pago correspondiente, es decir, si la factura no es entregada en tiempo el pago será realizado hasta la siguiente semana.
- De no recibir confirmación de la recepción de la factura el agente deberá ponerse en contacto con el área de pago de comisiones.

OBSERVACIONES

- La prima comisionable se calcula sobre prima neta, endosos, recargos y extra primas (no incluye “USA Medical Services” y derecho de póliza).
- Cuando exista un cambio de agente las comisiones se pagarán al agente designado por el cliente y activado en el sistema conforme a la fecha de efectiva del cambio.



c. PORTAL BUPA DE AGENTES

Para ingresar a nuestro portal de agentes visite la página www.bupa.com.mx en el apartado de “**servicios en línea**” utilizando su id de usuario y clave.

Para generar su id y clave siga los siguientes pasos:

1. Ingrese a www.bupa.com.mx
2. Clic en “Mi Bupa” que se encuentra en la parte superior derecha.
3. Dar clic en el botón de “Agentes” que se encuentra del lado izquierdo.
4. Clic en “Regístrese a nuestros servicios en línea” que se encuentra en la parte inferior.
5. En la nueva ventana que se despliega seleccionar miembro individual.
6. Seguir las instrucciones de esta página.



Una vez concluido el proceso de registro, aparecerá una pantalla de confirmación de alta con el nombre de usuario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese al **+1 (305) 398 7400** o al correo electrónico: bupa@bupalatinamerica.com

En este portal podrá consultar la siguiente información:

Detalles de Cartera

- Vea un resumen de su cartera, incluyendo el total de primas o número de pólizas en la cartera de un promotor o agente que estén activas, en periodo de gracia o vencidas.
- Ver la gráfica de producción de las pólizas ya sea mostrando todas o mostrando solo las activas.
- Edite su perfil incluyendo información general.
- Vea la información de póliza y prima de un cliente en específico.

Administración de negocios

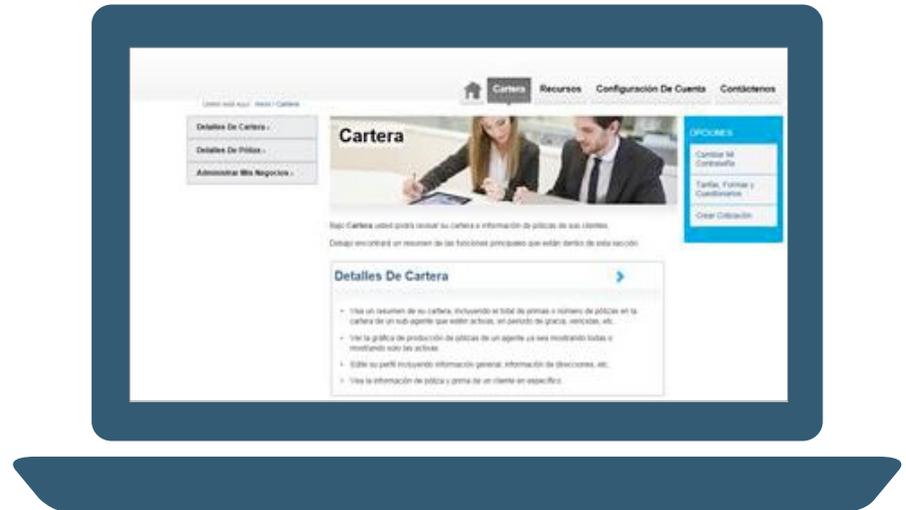
- Nuevos negocios
- Renovaciones
- Comisiones
- Reclamos
- Lista de 24 años
- Lista de cumpleaños

Configuración de su cuenta

- Mi perfil
- Cambiar mi contraseña
- Convenio de acceso

Además desde este portal podrá imprimir directamente:

- Tarjeta ID Bupa
- Tarjeta ID “Blue Cross Blue Shield Global”
- Recibo de cobro
- Entre otros



Pagos en línea:

Dentro de la sección de cartera podrá realizar el pago en línea de pólizas (únicamente cartera de individual), para lo cual deberá seguir las siguientes instrucciones:

1. Ingrese a servicios en línea con su Id de usuario y clave a través del sitio web www.bupa.com.mx.
2. Dar clic en la sección de cartera y después dar clic en detalles de póliza.
3. Dentro de la sección de detalles de póliza, seleccione la opción Apellido / Número de póliza y fecha de nacimiento y dentro del recuadro Apellido / Número de póliza ingrese el número de póliza que desea pagar y de clic en mostrar pólizas.
4. Se desplegará la información de la póliza a pagar, de clic en policy #.
5. Se desplegará una nueva pantalla con el detalle de la información de la póliza, en la parte inferior dar clic en pago en línea.
6. Se desplegará el módulo de pago, donde deberá ingresar la información bancaria requerida y dar clic en pague ahora.



d. BUPA ES MÁS

La relación con nuestra red de promotores y agentes es mas importante que nunca; es por eso que Bupa Global ha creado una plataforma digital llamada, Bupa es más.

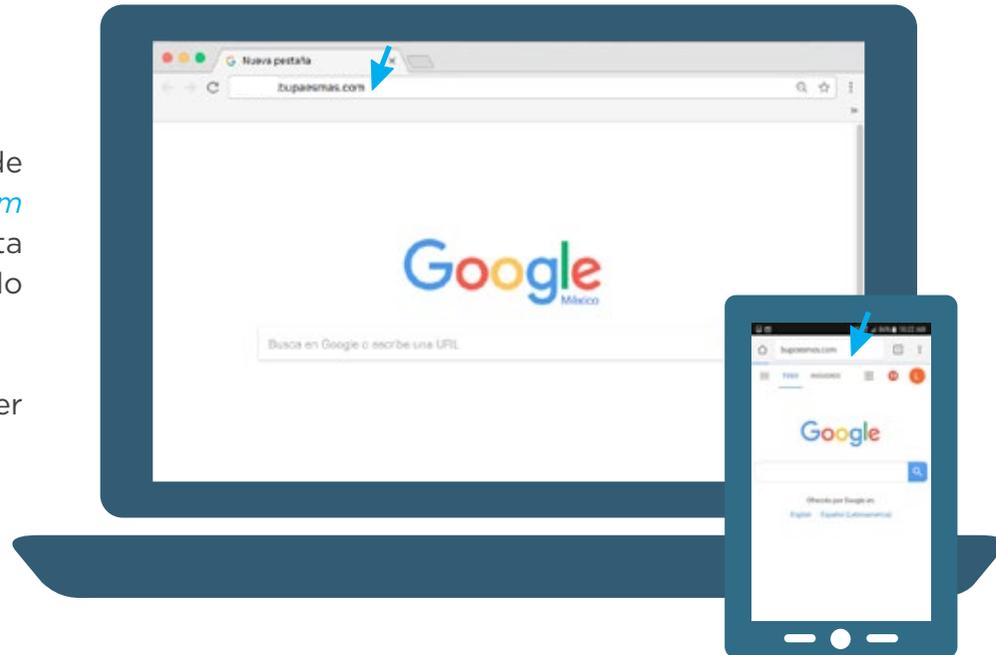
Bupa es más, cuenta con diferentes secciones, entre ellas dos de las que destacan son: crezca su empresa, en donde presentamos contenido relevante para todos aquellos dueños de agencia de seguros y donde encontrarán contenido relacionado a imagen corporativa, comunicaciones, ventas, capacitaciones para sus empleados, programas de cumplimiento y mucho más.

También tiene una sección llamada “mi oficina móvil” en donde se encuentra todo el material que un agente de seguros necesita para promover una venta, como guías de ventas, lista de productos, testimoniales, tutoriales, cotizadores en línea y mucho más.

CÓMO FUNCIONA Y EN DÓNDE ACCESAR

Solo accesa, por medio del buscador de cualquier navegador, a <http://bupaemas.com> desde cualquier computadora, laptop, tableta o dispositivo móvil “smart phone”, solo necesita conexión a internet y listo.

La plataforma se adapta al tamaño de cualquier dispositivo.



CONTENIDO DE BUPA ES MÁS

Por qué Bupa

- Testimoniales de promotores y agentes
- Historia de Bupa

Crezca su empresa

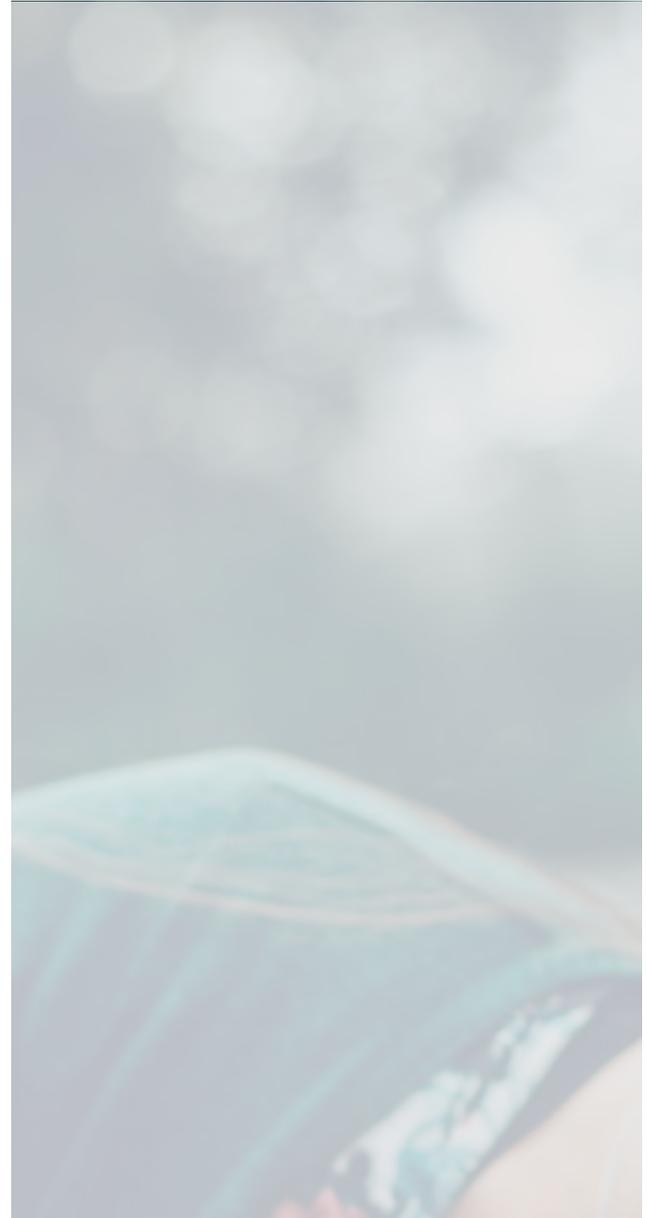
- Cómo Bupa le puede ayudar a crecer su negocio
- Conocimiento de la industria
- Su marca
- Capacitaciones
- Tutoriales
- Código de ética
- “Webinars”

Oficina móvil

- Tutoriales
- Cotizador
- Presentaciones de ventas
- Lista de productos
- Red de hospitales
- Testimoniales de asegurados

Biblioteca

En esta sección podrá encontrar la versión vigente del manual del agente





El presente manual contiene los procesos operativos a los que los agentes, que tengan celebrados contratos de Comisión Mercantil con Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., deberán sujetarse en la realización de sus actividades de intermediación de contratos de seguro. Adicionalmente los agentes se obligan a cumplir con los lineamientos técnicos, operativos y de control establecidos en la normatividad aplicable a Bupa México, incluyendo pero no limitándose a la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (“LISF”), a la Circular Única de Seguros y Fianzas (“CUSF”) y el Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas. En caso de discrepancia entre lo previsto en este manual y el contrato de comisión mercantil prevalecerá lo establecido en dicho contrato.

