



Gastos Médicos Mayores
Accidentes

**Un
gran
futuro**

**Accidentes Personales
Estudiante**

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Definiciones	5
1. Accidente	5
2. Anquilosis	5
3. Asegurado o Integrante	5
4. Beneficiario	5
5. Certificado Individual	5
6. Colectividad Asegurable	5
7. Colectividad Asegurada	5
8. Compañía o Aseguradora	6
9. Contratante	6
10. Contrato de Seguro o Póliza	6
11. Deducible	6
12. Edad	6
13. Elegibilidad	6
14. Endoso	6
15. Escuela o Institución Educativa	6
16. Franquicia	6
17. Hospital, Clínica o Sanatorio	6
18. Hospitalización	7
19. Indemnización	7
20. Lugar de Residencia	7
21. Médico	7
22. Registro de Asegurados	7
23. Siniestro	7
24. Solicitud de Seguro	7
25. Suma Asegurada	7
26. Vigencia	7
II. Objeto del Seguro	8
III. Cobertura básica	8
1. Muerte Accidental	8
2. Gastos Funerarios por Muerte Accidental Niños	8
IV. Servicios de Asistencia Incluidos	9
1. Tu Médico 24 horas®	9
V. Coberturas adicionales con costo	10
1. Pérdidas Orgánicas	10
2. Gastos Funerarios por Muerte Accidental Adolescentes y Adultos	11
3. Gastos Médicos por Accidente	12
4. Ampliación de Cobertura Escolar	12

Índice

	Página
VI. Exclusiones	13
VII. Cláusulas generales	15
1. Cobertura del Contrato de Seguro	15
2. Contrato de Seguro	16
3. Periodo de Pago de Beneficio para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente	16
4. Periodo de Gracia	16
5. Cancelación	16
6. Periodo al Descuberto	17
7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	17
8. Vigencia	17
9. Lugar de Residencia	17
10. Prima	17
11. Terminación Anticipada	18
12. Revelación de Comisiones	19
13. Altas de Asegurados	19
14. Bajas de Asegurados	19
15. Ajustes	20
16. Recontratación	20
17. Rehabilitación	20
18. Prescripción	21
19. Moneda	21
20. Omisiones o Inexactas Declaraciones	21
21. Agravación del Riesgo	22
22. Competencia	22
23. Edad	22
24. Siniestros	23
25. Indemnización	23
26. Interés Moratorio	24
27. Cambio de Contratante	24
28. Cláusula especial de Servicios de Asistencia proporcionada por AXA Assistance	24
28.1. Obligaciones del Beneficiario	25
28.2. Normas generales	26
28.3. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes	26
VIII. Artículos citados en las Condiciones Generales	29
IX. Registro	37

AXA Seguros, S.A. de C.V.

Accidentes Escolares

Colectivo

Condiciones Generales

I. Definiciones

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte del Asegurado. **No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.**

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento que le dio origen.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias y/o recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán un mismo Accidente.

2. Anquilosis

Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

3. Asegurado o Integrante

Persona que forma parte de la Colectividad Asegurada y cumple con los requisitos de Elegibilidad establecidos por la Compañía.

4. Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro, a quien en caso de muerte del Asegurado corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de la presente Póliza. En caso de no designar Beneficiarios, el importe de los derechos indemnizatorios se pagará a la sucesión del Asegurado.

5. Certificado Individual

Es el documento en que se hacen constar los derechos u obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto al seguro contratado.

6. Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

7. Colectividad Asegurada

La integran las personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la Compañía y que sus nombres aparecen en el Registro de Asegurados.

8. Compañía o Aseguradora

AXA Seguros, S.A. de C.V.

9. Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceras personas y que se obliga a efectuar el pago de la prima del seguro.

10. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a) Declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del Seguro.
- b) Carátula de la póliza.
- c) Registro de Asegurados.
- d) Condiciones Generales.
- e) Endosos.

Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, este o un tercero, hayan requisitado a solicitud de la Compañía.

11. Deducible

Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados en cada Siniestro, que corre a cuenta del Asegurado y se encuentra estipulado en la carátula de la póliza. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto, comienza la obligación de pago a cargo de la Compañía, hasta por la Suma Asegurada contratada. **Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.**

12. Edad

Número de años cumplidos por el Asegurado al momento de alta en la Póliza o al momento de inicio de Vigencia del contrato en caso de recontractación o al momento de ocurrencia del Siniestro.

13. Elegibilidad

Características que debe cumplir el Asegurado para formar parte de la Colectividad Asegurable y que describen la relación con el Contratante.

14. Endoso

Convenio escrito que, por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, modifica las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y forma parte de este. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales y especiales aplicables en todo aquello en que se contrapongan.

15. Escuela o Institución Educativa

Centro de enseñanza, centro educativo, colegio, institución educativa o centro de participación; es decir, toda institución que imparta educación o enseñanza. Para efectos de este contrato el concepto incluye al edificio en sí mismo.

16. Franquicia

Monto fijo que deben rebasar los gastos erogados por cada Siniestro, una vez rebasado este monto comienza la obligación de los pagos procedentes en su totalidad (desde el primer peso) hasta el límite de Suma Asegurada contratada. La Franquicia se encuentra establecida en la carátula de la póliza y el Certificado Individual.

17. Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes.

Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

18. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente, cubierto; dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firmen él, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

19. Indemnización

Es el pago que efectúa la Compañía al Asegurado, por la ocurrencia del Accidente cubierto en la Póliza.

20. Lugar de Residencia

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, entendiéndose por permanente el lapso de 3 (tres) meses continuos en el lugar fijo en el que reside el Asegurado. Solo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente y dentro de la República Mexicana.

21. Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

Para la atención del Asegurado el Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares.

22. Registro de Asegurados

Es la relación detallada de personas que se encuentran cubiertas al momento de celebrar el Contrato de Seguro, este podrá ser modificado mediante Endosos de altas y bajas.

23. Siniestro

Indemnización única por muerte accidental o en su caso los gastos erogados de acuerdo a cada cobertura por un Accidente cubierto.

24. Solicitud de Seguro

Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir este seguro y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo. Este documento forma parte del Contrato.

25. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente cubierto y considerado como un mismo Siniestro, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de póliza y Certificado Individual.

26. Vigencia

Periodo previsto en la Carátula de la póliza y Certificado Individual, durante el cual surte plenamente sus efectos el Contrato de Seguro.

II. Objeto del Seguro

El objeto del presente contrato es resarcir los gastos procedentes en que el Asegurado incurra con motivo de un Accidente Cubierto cuando el Asegurado:

- a. Se transporte de su casa a la escuela y viceversa (**a excepción que se utilice como medio de transporte una motocicleta, bicicleta, motoneta o cuatrimoto**).
- b. Realice actividades escolares en el salón de clases, laboratorios, talleres, patios, sanitarios, corredores, biblioteca y demás instalaciones de la escuela.
- c. Asista a cualquier evento especial, deportivo o social organizado y supervisado por las autoridades de la escuela.
- d. Viaje en grupo dentro de la República Mexicana, siempre y cuando este haya sido organizado por la escuela y se encuentre bajo la supervisión de la misma.

Dichos gastos se cubrirán hasta los límites y exclusiones establecidas en el presente Contrato de Seguro, siempre y cuando el Accidente ocurra dentro de la República Mexicana y el Asegurado se encuentre vigente en la Póliza.

III. Cobertura básica

En caso que el Asegurado sufra un Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada.

Los límites y condiciones se encuentran estipulados en la carátula de póliza, Certificado Individual y/o en este Contrato de Seguro.

Esta cobertura aplica para Accidentes que ocurran durante el calendario escolar publicado por la Secretaría de Educación Pública o por las Instituciones Regulatorias Oficiales.

1. Muerte Accidental

Si durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado sufre un Accidente que le cause la muerte instantánea o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada correspondiente para esta cobertura, la cual se encuentra especificada en la carátula de póliza y el Certificado Individual.

La Suma Asegurada pactada para esta cobertura será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado y a falta de estos a la sucesión del Asegurado.

Esta cobertura no aplica para Asegurados menores de 12 (doce) años al momento de la muerte del Asegurado.

2. Gastos Funerarios por Muerte Accidental Niños

Esta cobertura aplica únicamente para Asegurados menores de 12 (doce) años al momento de la muerte del Asegurado.

Si durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado sufre un Accidente que le cause la muerte instantánea o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía pagará los gastos funerarios erogados teniendo como límite la Suma Asegurada contratada correspondiente para esta cobertura, la cual se encuentra especificada en la carátula de póliza y el Certificado Individual.

La Suma Asegurada pactada para esta cobertura será pagada a los padres del menor o en su defecto a la persona que acredite haber erogado dicho gasto.

Se entenderá por Gastos Funerarios:

Traslado del cuerpo a la agencia funeraria o servicio a domicilio, uso de sala de velación, servicio de cremación y urna para cenizas, féretro, arreglo estético del cuerpo, embalsamamiento, traslado del cuerpo al cementerio o mausoleo dentro de la República Mexicana.

IV. Servicios de Asistencia Incluidos

1. Tu Médico 24 horas®

a) Asistencia médica telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos de AXA Assistance le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

- a) Utilización de medicamentos.
- b) Síntomas o molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

- a) Programar la visita de un Médico a domicilio con un costo preferencial para el Beneficiario.
- b) Programar el envío de una ambulancia terrestre.

Ni la Compañía ni AXA Assistance serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas.

b) Envío de médico a domicilio (consulta domiciliaria)

A solicitud del Beneficiario, AXA Assistance gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificadas en el inciso 28 cláusula especial de Servicios de Asistencia; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

c) Envío de ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance con el consentimiento del Beneficiario gestionará su traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano si este sufre lesiones o traumatismos a causa de Enfermedad o Accidente, sea necesaria su Hospitalización. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado, de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando estos sean recomendados y/o aprobados por el médico tratante.

Este servicio está limitado a 2 (dos) eventos gratuitos y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

Este servicio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

Estos servicios están sujetos a los términos y condiciones establecidos en el apartado VII. Cláusulas generales inciso 28. Cláusula especial de Servicios de Asistencia proporcionados por AXA Assistance.

V. Coberturas adicionales con costo

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente cubierto, de haberse contratado alguna de las siguientes coberturas adicionales con costo, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para cada cobertura.

Los límites se encuentran estipulados en la carátula de póliza, Certificado Individual y/o en este Contrato de Seguro.

Estas coberturas aplican para Accidentes que ocurran durante el calendario escolar publicado por la Secretaría de Educación Pública o por las Instituciones Regulatorias Oficiales, salvo el caso de contratar la cobertura de Ampliación de Cobertura Escolar.

1. Pérdidas Orgánicas

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía responderá por el pago de la(s) pérdida(s) orgánica(s), si a consecuencia de un Accidente cubierto y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo ocurrieran dichas pérdidas.

La Compañía pagará por concepto de Indemnización el porcentaje de Suma Asegurada contratada de acuerdo a la tabla porcentaje de Indemnización.

Dicho porcentaje se aplica de acuerdo a la Pérdida Orgánica tomando en cuenta la siguiente tabla:

Tabla porcentaje de indemnización de acuerdo a la escala contratada

Pérdida Orgánica	Porcentaje sobre la Suma Asegurada de	
	Escala A	Escala B
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%

La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, incluyendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el pulgar y/o el índice	-	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar ni el índice	-	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	-	25%
El pulgar y otro dedo, de la misma mano, que no sea el índice	-	25%
El índice y otro dedo, de la misma mano, que no sea el pulgar	-	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	-	15%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	-	5%

Se entenderá como Pérdida Orgánica la Anquilosis total o amputación traumática o quirúrgica de:

1. La mano completa (incluyendo dedos) a partir de la articulación de la muñeca o arriba de ella.
2. El pie a partir de la articulación del tobillo o arriba de él.
3. La pérdida de los dedos a partir de dos falanges de la misma mano, cuando menos.
4. En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista, en uno o en ambos ojos.
5. En cuanto a los oídos, la pérdida completa e irreparable de la audición en ambos oídos.

En caso de que el Asegurado sufra más de una Pérdida Orgánica, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufiere en uno o más eventos varias Pérdidas Orgánicas.

En ningún caso la Compañía pagará más de una vez la Indemnización por el mismo órgano.

Para efectos de esta cobertura se cubrirán los gastos correspondientes, siempre y cuando la pérdida orgánica se inicie dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente cubierto.

La Indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado.

Los límites de esta cobertura se encuentran estipulados en la carátula de póliza, Certificado Individual y/o en este Contrato de Seguro.

2. Gastos Funerarios por Muerte Accidental Adolescentes y Adultos

Si durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Asegurado sufre un Accidente que le cause la muerte instantánea o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía pagará los gastos funerarios erogados teniendo como límite la Suma Asegurada contratada correspondiente para esta cobertura, la cual se encuentra especificada en la carátula de póliza y el Certificado Individual.

La Suma Asegurada pactada para esta cobertura será pagada a los Beneficiarios designados por el Beneficiario y a falta de estos a la sucesión del Asegurado.

Se entenderá por Gastos Funerarios:

Traslado del cuerpo a la agencia funeraria o servicio a domicilio, uso de sala de velación, servicio de cremación y urna para cenizas, féretro, arreglo estético del cuerpo, embalsamamiento, traslado del cuerpo al cementerio o mausoleo dentro de la República Mexicana.

Esta cobertura aplica para Asegurados de 12 (doce) años en adelante al momento de la muerte del Asegurado.

Los límites de esta cobertura se encuentran estipulados en la carátula de póliza, Certificado Individual y/o en este Contrato de Seguro.

3. Gastos Médicos por Accidente

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, quedan cubiertos los gastos erogados dentro de la República Mexicana por tratamientos o procedimientos que sean médicamente necesarios a consecuencia de un Accidente cubierto, estos deberán ser prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad; siempre y cuando sean contratadas a petición del Asegurado.

Para efectos de esta cobertura se cubrirán los gastos correspondientes, siempre y cuando la atención médica se inicie dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente cubierto y el monto total de los gastos sea superior al Deducible contratado.

Límite de responsabilidad

La responsabilidad de la Compañía por cada Accidente, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Los gastos que resulten de prótesis dental o cualquier otra clase de tratamiento de ortodoncia a consecuencia de un Accidente cubierto se pagarán hasta un límite de 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada para esta cobertura.

Para el caso de los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia, se cubrirán con un límite máximo de 30 (treinta) días continuos y un máximo de 720 horas.

La responsabilidad de la Compañía terminará en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de sus lesiones o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura o lo que ocurra primero.

Los límites de esta cobertura se encuentran estipulados en la carátula de póliza, Certificado Individual y/o en este Contrato de Seguro.

4. Ampliación de Cobertura Escolar

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, quedarán cubiertos los gastos por Accidentes ocurridos durante actividades realizadas en periodos vacacionales, recesos de clases y suspensión de labores docentes de acuerdo con el calendario escolar emitido por la Secretaría de Educación Pública, siempre y cuando sean organizadas y supervisadas por autoridades de la escuela y ocurridas durante la Vigencia de la Póliza.

Aplican los límites y condiciones contratados y establecidos para cada cobertura incluida en la Póliza.

VI. Exclusiones

- 1. Tratamientos médicos o quirúrgicos por lesiones o pérdidas orgánicas a consecuencia de un Accidente sufrido antes del inicio de Vigencia del Contrato de Seguro o de la fecha de ingreso de cada Asegurado en dicho Contrato de Seguro.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que acontezcan como resultado de un Accidente cubierto.**
- 3. Gastos médicos derivados de complicaciones o Enfermedades que resulten posteriores al alta médica u hospitalaria del Asegurado.**
- 4. Muerte o lesión ocasionada por cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares.**
- 5. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - a) Servicio militar, actos de terrorismo, actos de guerra (sea o no una guerra declarada, hostilidades, invasión o guerra civil), rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
 - b) Actos delictivos dolosos.**
 - c) Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados o de taxi aéreo o de cualquier tipo de vuelo que no tenga un itinerario regular entre aeropuertos.**
 - d) Carreras, pruebas o contiendas, ya sean de velocidad o resistencia en vehículos de cualquier tipo incluyendo bicicletas y motonetas.**
 - e) Eventos o actividades de práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, box, espeleología, equitación, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**
 - f) Ser piloto y/o mecánico en vuelo y/o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**

6. Accidentes que se originen por los siguientes eventos:

- a) **Accidente derivado de: Enfermedad física, Enfermedad Mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.**
- b) **Tratamiento psicológico o psiquiátrico, Enfermedad Mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como el tratamiento de trastornos de la conducta y/o el aprendizaje, estimulación temprana, así como rehabilitación y/o estimulación de audición y lenguaje. Aun cuando dichos tratamientos sean derivados de un Accidente cubierto.**
- c) **Suicidio o cualquier intento del mismo, lesiones o mutilaciones voluntarias aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- d) **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo así como sus resultados, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- e) **Las lesiones que se provoquen al Asegurado a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando estos 3 (tres) últimos fueran prescritos por un Médico. Así como por consumir sin prescripción alguna: somníferos, barbitúricos, alucinógenos, estupefacientes o sustancias similares.**
- f) **Radiaciones ionizantes.**
- g) **Contaminación radioactiva, sea de manera directa o indirecta.**

7. Gastos incurridos por acompañantes del Asegurado en un Hospital o Sanatorio.

8. Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca como consecuencia directa del Accidente después de 90 (noventa) días naturales de ocurrido el mismo.

9. Gastos médicos que se erogan como consecuencia directa de un Accidente cuando la primera atención médica se otorgue después de 10 (diez) días naturales de ocurrido el Accidente.

10. Aquellos Accidentes que se presenten a consecuencia de las siguientes Enfermedades: ceguera en ambos ojos, sordera, vértigo, crisis convulsivas, cuadriplejía, hemiplejía, trastornos y alteraciones de la marcha.

11. Cualquier Accidente ocurrido fuera de la República Mexicana.

12. Cualquier gasto médico u hospitalario erogado fuera de la República Mexicana.

-
13. Aborto, parto o cesárea o cualquier complicación obstétrica derivada de estas condiciones cualquiera que sea su causa.
 14. Los honorarios médicos derivados de algún tratamiento médico distinto al Accidente cubierto.
 15. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales cualesquiera que sea su naturaleza u origen, excepto aquellos que sean a consecuencia de un Accidente.
 16. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto si se origina como una consecuencia secundaria de un Accidente cubierto.
 17. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
 18. Pérdidas Orgánicas que sean consecuencia de trasplante de órganos posterior a un Accidente.
 19. Está expresamente excluido todo gasto médico u hospitalario que no derive de forma directa de un Accidente.
 20. Todos los gastos médicos y hospitalarios derivados de enfermedades, sus complicaciones y secuelas.
 21. Cualquier gasto que no corresponda a las coberturas contratadas.
 22. Todo los Accidentes ocurridos durante los periodos vacacionales, recesos de clases y suspensión de labores docentes de acuerdo con el calendario escolar emitido por la Secretaria de Educación Pública, salvo que se contrate la cobertura 4. Ampliación de Cobertura Escolar.

VII. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

Fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección estipulada en este Contrato de seguro de acuerdo a lo siguiente:

- a) Accidente. Los Asegurados inscritos en la Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha de Ingreso del Asegurado en la Póliza.
- b) La Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza y Certificado Individual aplicará para cada Accidente cubierto por el presente contrato.

2. Contrato de Seguro

La Compañía se obliga a resarcir los gastos procedentes en que el Asegurado incurra con motivo de un Accidente Cubierto hasta los límites y exclusiones establecidas en el presente Contrato de Seguro, siempre y cuando el Asegurado se encuentre vigente en la Póliza.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Declaraciones del Contratante y Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía, incluyendo la solicitud del seguro.
- b) Carátula de póliza y Certificados Individuales.
- c) Registro de Asegurados.
- d) Condiciones Generales.
- e) Endosos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

3. Periodo de Pago de Beneficio para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Este periodo aplica:

En caso de terminación

En caso de terminación, rescisión, resolución, no recontractación o cancelación del Contrato de Seguro, la Compañía cubrirá los gastos erogados dentro de la Vigencia del Contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero de:

- i. El agotamiento de la Suma Asegurada; o
- ii. Los gastos erogados hasta el período de 5 (cinco) días posteriores a la terminación, rescisión, resolución, cancelación o término de la Vigencia, salvo que los gastos tengan relación directa o indirecta con el Siniestro o reclamación que dio origen a la terminación, rescisión, resolución o cancelación, limitándose en este caso, la obligación de la Compañía al pago de los gastos médicos pendientes que se hayan presentado a la Compañía con anterioridad a la fecha de terminación del contrato; o
- iii. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente cubierto que haya afectado al Asegurado.

4. Periodo de Gracia

Plazo de 30 (treinta) días naturales que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente, a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza o primer recibo.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro dentro del periodo de gracia no procederá el servicio de Pago Directo.

5. Cancelación

Este contrato podrá cesar en sus efectos o resolverse por mutuo consentimiento en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si el Contratante no realiza el pago de la prima respectiva dentro del plazo convenido.

-
- b) Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá 55% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un Siniestro abierto en la Vigencia durante este período. En caso contrario se devolverá el total de la prima pagada siempre y cuando no exista un Siniestro abierto.

6. Periodo al Descubierto

Periodo durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro. Se genera por falta de pago de primas.

No procederá el pago de gastos erogados durante este periodo para Accidentes ocurridos durante el mismo.

7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

b) Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o Contratante deberán hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la póliza. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

8. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado entre el Contratante y la Compañía, y el cual se encuentra especificado en la carátula de póliza y el Certificado Individual. En ningún caso excederá un año.

9. Lugar de Residencia

Solo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana. Se entiende por permanencia el lapso de 3 meses continuos en el lugar fijo en el que resida el Asegurado.

10. Prima

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca la presente Póliza.

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y Edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia o fecha de alta del Asegurado.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la carátula de la póliza. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Lugar de pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante los mecanismos de pago establecidos por la Compañía a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V.; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

11. Terminación anticipada

En esta Cláusula el Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el presente contrato está regido por el principio de la buena fe y suscrito bajo el mismo.

El Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su Vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el Contrato de Seguro que se identifica en la carátula de la póliza y/o en su caso el Certificado Individual que corresponda, cuando del análisis de las informaciones o la documentación que presenten, para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso, o alguna situación o circunstancia inherente al siniestro, se pueda presumir razonablemente que el Contratante, el Asegurado, los representantes de estos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, con la finalidad de hacer incurrir en error a la Compañía, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato asume la Compañía, tales como:

- a) Disimular, omitir o declarar falsa o inexactamente, cualquier hecho; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro; o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,
- b) Falsificar o alterar documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación; o,
- c) Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos o privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o reembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante, al Asegurado o sus beneficiarios la terminación anticipada del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, los beneficiarios o los representantes de estos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro terminado anticipadamente, desde tal momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo, relacionados con la reclamación que motivó la terminación anticipada del Contrato, así como de las derivadas del Siniestro que con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

Sin embargo, la Compañía cumplirá íntegramente y de acuerdo con los Límites Máximos de Responsabilidad, Sumas Aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este Contrato, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Sinistros que se hubieren presentado y reclamado válidamente con anterioridad y sean distintos a la que motivó la terminación anticipada del Contrato.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante y/o el Asegurado o los representantes de estos, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta Cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de la Compañía.

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al Contratante o Asegurado, según corresponda, la parte que, en las circunstancias descritas, se deje de devengar.

12. Revelación de Comisiones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

13. Altas de Asegurados

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso a la colectividad, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo deberán cumplir con los requisitos establecidos por la Compañía; debiendo entregar los formatos establecidos para este efecto por la Aseguradora.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona. De no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. Lo anterior conforme al Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Las altas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza.

14. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, en la proporción correspondiente, lo anterior conforme al Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Compañía, en un lapso no mayor a 10 (diez) días naturales a partir de la separación de la Colectividad Asegurada: el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada y las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada. En caso contrario la baja surtirá efecto a partir de la fecha en que la Compañía reciba la documentación correspondiente.

Las bajas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza.

15. Ajustes

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

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante 55% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada).

16. Reconstratación

Esta Póliza se reconstratación por periodos de un año. Dicha reconstratación se realizará siempre que el Contratante o Asegurado titular así lo solicite por escrito dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo y con previa aceptación de la Compañía. La Compañía emitirá la nueva póliza bajo las condiciones y tarifa vigentes al momento de la reconstratación.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal reconstratación.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la reconstratación debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones.

17. Rehabilitación

Si la Póliza se cancela por falta de pago, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del periodo de gracia señalado en la cláusula 10. Primas de la sección VII. Cláusulas generales, paga la prima o la parte correspondiente al primer recibo o los subsecuentes en caso de que se haya pactado su pago fraccionado.

Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. En caso de que el comprobante de pago no contenga la hora se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Quedando como periodo al descubierto aquel comprendido entre la fecha establecida como periodo cubierto en el último recibo pagado y la fecha de rehabilitación.

En ningún caso, la Compañía pagará Indemnizaciones por Accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre la fecha de vencimiento del recibo y la fecha de rehabilitación del Contrato de Seguro.

18. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Compañía, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis, y 66 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

19. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en moneda nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo a la moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el Artículo 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago. La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones del Contrato, serán reembolsados en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realice el reembolso de dichos gastos.

20. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los formatos correspondientes, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo a lo establecido en el artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

21. Agravación del Riesgo

Para todos los efectos del presente contrato es cuando se produce un estado distinto al que existía al celebrarse el Contrato de Seguro, respecto de lo declarado en la Solicitud de Seguro y que sirvió de base para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía; así como lo derivado de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento a los artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinte cuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

22. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante:

- a) La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b) La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68, 70, 71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien esta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

23. Edad

- a) La Edad de aceptación para la contratación del seguro y el ingreso a la Póliza será a partir de un año de Edad cumplido y hasta los 69 años cumplidos.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la Recontratación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos. La Compañía reintegrará al Contratante el 55% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado.

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en los artículos 171, 172 y 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la Edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima correspondiente a la Edad real y la prima de la Edad declarada. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.

Si la Compañía hubiere ya realizado algún pago sobre las obligaciones establecidas en este contrato al descubrirse la inexactitud en la declaración de Edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que

hubiera pagado la parte proporcional en exceso conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- d) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la Edad del Asegurado y la prima pagada fuese mayor a la que correspondiera realmente, se devolverá el exceso de la misma al Contratante.
- e) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá establecerla en el Contrato de Seguro extendiendo el comprobante de tal hecho al Contratante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la Edad.
- f) Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la Edad real.

Cuando la prima real resulte menor se realizará la devolución de prima desde el momento en que inició el error.

En caso de que la prima real resulte mayor, el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

24. Siniestros

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen.

Los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas.

En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros 10 (diez) días naturales, de cualquier Accidente que pueda ser motivo de Indemnización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

- a) El Contratante o Asegurados obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b) El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

25. Indemnización

a) Pago de Indemnizaciones

La Compañía pagará al Asegurado, en vida de este, o a sus beneficiarios o en su defecto a la sucesión en caso contrario, la Indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en

que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

b) Pagos Improcedentes

Cualquier Indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja no comunicado oportunamente, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

El Asegurado ratifica que a su elección contrató por nombre y cuenta de la Compañía los proveedores de los servicios médicos tales como Hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico que sean personas morales, hasta los límites de cobertura de esta Póliza.

26. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en reciba todos los documentos e información solicitados que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas durante el lapso que dure la mora.

27. Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante y este sea aceptado por la Compañía, el nuevo Contratante adquirirá los derechos y obligaciones que tenía el Contratante anterior.

28. Cláusula especial de Servicios de Asistencia proporcionada por AXA Assistance

Siempre que se utilice con la primera letra en mayúscula en este apartado, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

a. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de alta en la Póliza.

b. Equipo Médico de AXA Assistance

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por cuenta de AXA Assistance a un Beneficiario.

c. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

d. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA Assistance a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

e. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

f. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas Condiciones Generales, se gestionarán en

cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

g. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días naturales consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

h. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

i. Residencia Permanente (Domicilio)

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en la carátula de póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.

28.1. Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio y proporcionará los datos siguientes:

- Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA Assistance podrá contactar con el Beneficiario o su representante.
- Su nombre y su número de Póliza.
- Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado AXA Assistance no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

b. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de AXA Assistance, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del médico que habitualmente atiende al Beneficiario.

El equipo de Médicos de AXA Assistance o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo de Médicos de AXA Assistance decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado considerando las circunstancias especiales del caso.

c. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, AXA Assistance podrá rembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de ambulancia

terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a reembolso.

En caso de peligro de la vida

En situación de peligro de muerte, el Beneficiario o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido al Hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o la Enfermedad con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio para notificar la situación.

Uso de ambulancia terrestre sin previa notificación a AXA Assistance

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una ambulancia terrestre sin previa notificación a AXA Assistance, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al Accidente o Enfermedad.

A falta de dicha notificación, AXA Assistance considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

28.2. Normas generales

a. Mitigación

El Beneficiario deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las Situaciones de Asistencia se agraven.

b. Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra de AXA Assistance y del prestador del servicio.

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA Assistance con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; **AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, no obstante, ni la Compañía ni AXA Assistance serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si este no sigue las instrucciones de manera precisa.**

d. Subrogación

AXA Assistance quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que puedan corresponder al Beneficiario por hechos que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

28.3. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

i. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.

ii. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por

los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.

iii. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.

iv. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.

v. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:

a) La participación del Asegurado en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunami, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.

c) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.

d) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

e) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.

f) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.

g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.

h) La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.

i) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.

j) Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.

k) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.

l) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.

m) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de

medicamentos sin prescripción médica.

- n) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- o) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- p) La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- q) Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r) Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- s) No se prestarán los servicios de asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos,

yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

VIII. Artículos citados en las Condiciones Generales

Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas:

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento.

Art. 276

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Art. 276

<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p> <p>Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.</p> <p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.</p>	<p>Art. 277</p>
<p>Ley Sobre el Contrato de Seguro</p>	
<p>El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.</p>	<p>Art. 8</p>
<p>Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.</p>	<p>Art.9</p>
<p>Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.</p>	<p>Art. 10</p>
<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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.</p>	<p>Art. 25</p>
<p>Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.</p> <p>Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.</p>	<p>Art. 40</p>

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.	Art. 53
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.	Art. 54
Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art.171

<p>Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</p> <p>III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y</p> <p>IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	<p>Art.172</p>
<p>Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.</p> <p>Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.</p>	<p>Art.173</p>
<p>Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros</p>	
<p>Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:</p> <p>I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y</p> <p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.</p>	<p>Art. 50 bis</p>

<p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	Art. 50 bis
<p>Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	Art. 65
<p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.</p>	Art. 66
<p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.</p> <p>La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;</p> <p>La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;</p> <p>IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p>	Art. 68

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

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

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

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

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

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

Art. 68

<p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	<p>Art. 68</p>
<p>En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.</p>	<p>Art. 70</p>
<p>Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.</p>	<p>Art. 71</p>
<p>En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.</p>	<p>Art. 72 bis</p>
<p>Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades</p>	
<p>Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.</p> <p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.</p>	<p>Art. 17</p>
<p>Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.</p>	<p>Art. 18</p>

Ley Monetaria

La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en esta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

Art. 8

IX. Registro

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 30 de septiembre de 2015, con el número CNSF-S0048-0363-2015.



Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx