



**Creado para
empresas,
flexible para
la salud**

**Línea Hospitalaria
(Experiencia Propia)**

Condiciones Generales

I. Definiciones

1. Accidente
2. Asegurado(a)
3. Asegurado(a) Titular
4. Certificado Individual
5. Coaseguro
6. Colectividad Asegurable
7. Colectividad Asegurada
8. Compañía
9. Consulta
10. Contratante
11. Contrato de Seguro o Póliza
12. Deducible
13. Dependientes Económicos
14. Dispositivos Médicos
15. Emergencia Médica o Urgencia Médica
16. Endoso
17. Enfermedad
18. Enfermedad Preexistente
19. Fractura
20. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario
21. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)
22. Hospital, Clínica o Sanatorio
23. Hospitalización
24. Madre Asegurada
25. Maternidad Subrogada
26. Medicamento
27. Médico
28. Órganos bilaterales
29. Pago Directo
30. Pago por Reembolso
31. Periodo al Descuberto
32. Periodo de Espera
33. Prestadores en Convenio
34. Programación de Servicios
35. Reconocimiento de Antigüedad
36. Región Anatómica
37. Reproducción Asistida
38. Siniestro
39. Solicitud de Seguro
40. Suma Asegurada
41. Tabulador
42. Tope de Coaseguro
43. Tratamiento o Terapia

- 45. UMAM
- 46. Vigencia

44. Tratamientos en investigación

II. Objeto del Seguro

III. Cobertura básica

- a) Gastos Médicos Mayores cubiertos
 - 1. Honorarios Médicos
 - 2. Gastos Hospitalarios
 - 3. Cuidados en casa o fuera del Hospital
 - 4. Terapias de Rehabilitación
 - 5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia
 - 6. Cirugía Reconstructiva por Accidente
 - 7. Trasplante de Órganos
 - 8. Trasplante de tejidos y células
 - 9. Dispositivos médicos
 - 10. Tratamiento Dental por Accidente
 - 11. Nariz y/o senos paranasales por Accidente
 - 12. Practica amateur de deportes
 - 13. Ambulancia
 - 14. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)
 - 15. Medicina Alternativa
- b) Gastos cubiertos con periodo de espera
 - 1. Queda amparado a partir de 4 (cuatro) meses cumplidos
 - 2. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses cumplidos
 - 3. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses cumplidos
 - 4. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses cumplidos

IV. Coberturas adicionales con costo

- 1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)
 - 2. Cobertura de Maternidad
 - 3. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios
-

V. Exclusiones (gastos no cubiertos)

VI. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro
 2. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario
 3. Periodo de Beneficio
 4. Periodo de Gracia
 5. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones
 6. Primas
 7. Cancelación del Contrato
 8. Extinción de Obligaciones
 9. Revelación de Comisiones
 10. Procedimientos
 11. Altas
 12. Bajas
 13. Cambio de Plan
 14. Cambio de Contratante
 15. Cambio de Forma de Pago de las Primas
 16. Examen Médico
 17. Renovación
 18. Rehabilitación
 19. Prescripción
 20. Zona de Cobertura (Territorialidad)
 21. Moneda
 22. Omisiones o Inexactas Declaraciones
 23. Agravación del Riesgo
 24. Competencia
 25. Edad
 26. Siniestros
 27. Pago de Indemnizaciones de Siniestros
 28. Interes Moratorio
 29. Beneficios Fiscales
 30. Arbitraje Médico
 31. Entrega de la Documentación Contractual
 32. Responsabilidad de la Compañía
 33. Subrogación
-

VII. Servicios de Asistencia (Proveedor de asistencia)

- I. Definiciones
- II. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza
- III. Obligaciones del Beneficiario
- IV. Normas generales
- V. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

VIII. Significado de Abreviaturas

IX. Registro

Gastos Médicos Mayores Línea Hospitalaria (Experiencia Propia)

Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento súbito, fortuito y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieren atención médica en el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días subsecuentes al evento.

Se considera como parte de un mismo Siniestro a todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

2. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza que tiene derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en términos del mismo.

3. Asegurado(a) Titular

Persona que tiene un vínculo o relación laboral con el Contratante y pertenece a la Colectividad Asegurada.

4. Certificado individual

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

5. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado sobre los gastos procedentes que aplica después de descontar el Deducible.

Dicho porcentaje es elegido por el Contratante y queda indicado en la carátula de la póliza y Certificado individual.

El Coaseguro aplica por Póliza y para cada Accidente o Enfermedad cubierto, y no es reembolsable ni tampoco compensable.

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

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

9. Consulta

Es la atención que brinda el Médico de forma intrahospitalaria o en su consultorio o en el domicilio del Asegurado y tiene la finalidad de evaluarlo clínicamente para establecer un diagnóstico y Tratamiento del Accidente o Enfermedad cubierto.

El Médico debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente médico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y del expediente clínico electrónico para territorio nacional y en territorio extranjero de acuerdo con la legislación aplicable.

10. 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.

11. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a) Solicitud del seguro llenada y firmada por el Contratante.
- b) Carátula de póliza.
- c) Certificado individual.
- d) Condiciones Generales.
- e) Endosos.
- f) Tabulador.
- g) Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- h) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

12. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la carátula de póliza y Certificado individual el cual aplicará para cada Siniestro cubierto, en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro.

La obligación de pago a cargo de la Compañía comienza desde que los gastos por atención médica cubiertos han rebasado el Deducible y hasta el monto de la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

13. Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular y/o del cónyuge, solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

14. Dispositivos Médicos

Es todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto, incluido el software para su funcionamiento, destinados para ser empleados en seres humanos y que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) clasifica en 6 (seis) tipos:

- 1.- Equipo médico.
- 2.- Prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
- 3.- Agentes de diagnóstico.
- 4.- Materiales quirúrgicos y de curación.
- 5.- Insumo de uso odontológico.
- 6.- Productos higiénicos.

15. Dividendo

Es el monto, que, al finalizar la Vigencia de la Póliza, se entrega al Contratante o a los Asegurados de la Colectividad de acuerdo con su contribución al pago de la Prima, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos.

16. Emergencia Médica o Urgencia Médica

Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado que pone en peligro su vida o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propicia que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Emergencia Médica.

17. Endoso

Convenio escrito que modifica las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Lo señalado por este convenio prevalecerá sobre las Condiciones Generales aplicables en todo aquello en que se contrapongan.

18. Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite Tratamiento médico o quirúrgico. Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren.

Se consideran como parte de la misma Enfermedad, las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

19. Enfermedades Preexistentes

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro.

La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, enunciativamente mediante alguno de los siguientes supuestos:

- a) Que su existencia haya sido declarada por el Contratante al momento de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine la existencia de la Enfermedad con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- c) Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Que existan gastos documentados y comprobables para recibir un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

20. Fractura

Condición médica en la que se produce una ruptura parcial (fisura) o completa de la continuidad del hueso.

21. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

Grupo de Hospitales, Clínicas o Sanatorios con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles para la atención de pacientes.

Se pueden consultar los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que integran cada Gama Hospitalaria en la página de internet axa.mx en el siguiente link: <https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios> o en el contact center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

22. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

Las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables determinadas por la Compañía respecto de los gastos médicos incurridos por el Asegurado fuera del territorio nacional; dichas tarifas se determinan considerando los costos que resulten más bajos entre:

- a. El Gasto Usual del proveedor por suministrar el Tratamiento, servicio o suministro;
- b. El Gasto determinado por la Compañía como la tarifa general cargada por otros proveedores que prestan o proveen dichos Tratamientos, servicios o suministros a las personas que residen en la misma área (código postal) y cuya lesión o Enfermedad es comparable en naturaleza y gravedad.

El Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado por un Tratamiento, servicio o suministro inusual o que no se provee a menudo en el área o es suministrado únicamente por un pequeño número de proveedores será determinado por la Compañía, considerando:

1. Complejidad;
2. Grado necesario de especialización;
3. Tipo de especialista requerido;
4. Gama de servicios o suministros proporcionados por un centro de atención; y
5. El cargo que prevalece en otras áreas. El término "área" significa una ciudad, un país o cualquier área más extensa, la cual es necesaria para obtener una muestra representativa de instituciones similares o Tratamientos similares.

23. Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente 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 y estéticos.

24. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y necesaria para la atención de un Accidente o Enfermedad cubierto para el restablecimiento de la salud del Asegurado. Dicha estancia

inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital, Clínica o Sanatorio y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del Asegurado.

25. Madre Asegurada

Persona incluida en la Póliza, en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y da a luz al producto.

26. Maternidad Subrogada

Práctica médica de Reproducción Asistida consistente en la transferencia de embriones humanos, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, en una mujer distinta a la Madre Asegurada en esta Póliza y que concluye con la terminación del embarazo.

27. Medicamento

Se considera como Medicamento a toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o de rehabilitación, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Además, se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos o de rehabilitación.

Para que sea considerado Medicamento, éste debe tener registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

28. Médico

Profesional de la Salud, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la Medicina en el país, que puede ser Médico general, Médico especialista u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública y autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente.

En el caso de Médico especialista, deberá contar con la certificación vigente por el Consejo de la Especialidad de que se trate. Para el uso de Dispositivos Médicos de alta especialidad, el Médico especialista deberá contar con certificación vigente que avale su entrenamiento en el uso del Dispositivo Médico.

En todos los casos es obligación del Asegurado cerciorarse que sus médicos tratantes cuentan con cedula profesional, cedula de especialidad, así como las correspondientes certificaciones médicas que resulten necesarias para ejercer la especialidad de que se trate.

29. Órganos bilaterales

Son aquellos órganos u áreas que son pares y existe uno de lado derecho y otro de lado izquierdo del cuerpo humano.

30. Pago Directo

Proceso mediante el cual la Compañía realiza el pago al Prestador en Convenio, por la atención médica brindada a un Asegurado.

En caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Prestadores en Convenio, podrá hacer uso de este servicio, previa autorización por escrito de la Compañía, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete, farmacia o proveedores de equipo médico con quien decida obtener el servicio, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

El servicio de Pago Directo se otorgará al Asegurado siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago, la Compañía estará impedida para realizar el Pago Directo.

31. Pago por Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos procedentes y erogados previamente por el Asegurado como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro.

32. Periodo al Descubierta

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

de pago de primas.

33. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de Ingreso del Asegurado en esta Póliza hasta la fecha de la realización del Siniestro, a fin de que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía, tal como se describen en los apartados correspondientes al apartado III. Cobertura básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

34. Práctica profesional de deportes

Es el conjunto de actividades realizadas por el Asegurado por las cuales recibe una remuneración.

35. Prestadores en Convenio

Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios) en el siguiente link: <https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios> o en el contact center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse o adquirir Medicamentos o insumos médicos, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

La Compañía únicamente es responsable del pago a los Prestadores en Convenio o por el Rembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

36. Programación de Servicios

Beneficio que la Compañía puede otorgar, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico cubierto, para el pago que se realizará directamente a los Prestadores en Convenio, mediante el cual se valora la procedencia de la Programación del Servicio y su pago, previa autorización y valoración por parte de la Compañía.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete, farmacia o proveedores de equipo médico con quien decida obtener el servicio, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

El servicio de Programación se otorgará al Asegurado siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago, la Compañía estará impedida para realizar la Programación de Servicios.

37. Reconocimiento de Antigüedad

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros con el mismo Contratante y cuando no existan periodos al descubierto mayores a 30 (treinta) días naturales.

En caso que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y se indicará en el Certificado Individual como "Fecha de Ingreso".

El Reconocimiento de Antigüedad, únicamente se considera para eliminar o reducir los Periodos de Espera establecidos en el apartado III. Cobertura básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

Cualquier Accidente o Enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, se considerará como Enfermedad Preexistente.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su Fecha de Antigüedad reconocida.

38. Región Anatómica

Es una subdivisión del cuerpo humano, basada en las características anatómicas y funcionales específicas del ser humano.

Para efectos de este Contrato de Seguro se dividirán de acuerdo con la tabla anexa:

Nombre del Segmento del Cuerpo	Región Anatómica
Cabeza	- cráneo - cara
Cuello	- anterior - esternocleidomastoideas - lateral - posterior
Tronco	- dorsal - pectoral - abdomen - perineal
miembros superiores	- deltoidea - brazo - codo - antebrazo - mano (dorsal y palmar)
miembros inferiores	- glútea - muslo - rodilla - pierna - pie (dorsal y plantar)

39. Reproducción Asistida

Conjunto de técnicas y procesos que sustituyen el proceso natural de la reproducción y que se aplican dependiendo de la causa y el tipo de infertilidad.

40. Siniestro

Es la suma de los gastos médicos erogados por cada Accidente o Enfermedad cubierto por estas Condiciones Generales, que se agrupan por Asegurado para su identificación.

Todas las afectaciones o lesiones corporales sufridas por el Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierto; su Tratamiento Médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas serán consideradas en un mismo Siniestro.

41. Solicitud de Seguro

Documento que establece la voluntad de una persona para adquirir un seguro donde expresa el tipo de protección que solicita y contienen la información necesaria para que la Compañía evalúe el riesgo. Dicho documento forma parte del Contrato de Seguro.

42. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente o Enfermedad cubierto, de acuerdo con 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.

43. Tabulador

Monto máximo que cubre la Compañía al Asegurado por concepto de honorarios médicos, honorarios del equipo quirúrgico, honorarios de enfermería, honorario de terapeutas, honorario de quiropráctico, honorario de acupunturistas, derivados del Tratamiento médico o quirúrgico, Terapia y/o procedimientos terapéuticos, por cada Accidente o Enfermedad cubierto en este Contrato de Seguro.

El Tabulador es seleccionado libremente por el Contratante al momento de la contratación. El nombre del Tabulador contratado se encuentra especificado en la carátula de póliza y Certificado individual.

El Tabulador se puede consultar en la página de internet axa.mx en el siguiente link: <https://axa.mx/empresas/gastos-medicos-mayores/linea-hospitalaria> o en el contact center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

44. Tope de Coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro, por cada Enfermedad o Accidente cubierto.

45. Tratamiento o Terapia

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos, físicos) que contribuyen a tratar y/o restablecer la salud del Asegurado afectada por una Enfermedad o Accidente cubierto.

46. Tratamientos en investigación

Son aquellos Tratamientos que no han comprobado su seguridad y efectividad por lo que no han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos Sanitarios legalmente facultados y no se encuentran especificados en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales. También se consideran Tratamientos en investigación cuando se aplique con modalidades, indicaciones, dosis o vías de administración diferentes a las autorizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

47. UMAM

Unidad de Medida y Actualización definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

48. Vigencia

Periodo previsto en la carátula de póliza y Certificado individual, durante el cual surte plenamente sus efectos el Contrato de Seguro, el cual no podrá ser mayor a un año.

II. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo y estudios que lo corroboren. Estos gastos deberán ser derivados de Tratamientos relacionados con un Accidente o Enfermedad, deberán estar relacionados con el diagnóstico y proporcionados por instituciones y personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones estipulados en esta Póliza.

La Compañía podrá otorgar los beneficios de Programación de Servicios y Pago Directo previa valoración y autorización de su parte.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales que el Contratante puede contratar a su elección, las cuales de acuerdo con el Plan seleccionado se especifican en la carátula de póliza y Certificado individual; y estarán sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este Contrato de Seguro.

III. Cobertura básica

Se cubren sólo los gastos erogados en territorio nacional por cada Accidente o Enfermedad cubierto hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza y Certificado individual.

a) Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios médicos

Los honorarios médicos se pagarán de acuerdo con los montos establecidos en el Tabulador contratado estipulado en la carátula de póliza y Certificado individual, siempre y cuando los profesionales de la salud cuyos honorarios se reclaman, haya participado activa y directamente en el Tratamiento Médico o quirúrgico o procedimiento terapéutico o consulta del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

Se cubrirá el monto correspondiente derivado de las atenciones prestadas por un Médico al Asegurado por:

a) Honorarios médicos sin intervención quirúrgica

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al honorario médico por consultas con base en el Tabulador contratado.

La Compañía cubrirá las Consultas que el Asegurado requiera derivado del Accidente o Enfermedad cubierto, limitando el pago a una consulta diaria por especialidad.

b) Honorarios médicos con intervención quirúrgica

En caso de intervención quirúrgica, los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo con el Tabulador contratado, y con base en la siguiente tabla:

Médico	Porcentaje sobre Tabulador
Cirujano	100%
Anestesiólogo	30% *
Primer Ayudante	20% *
Segundo Ayudante	10% *
Técnico especializado	10% *

* Este porcentaje se calcula sobre la base del honorario del cirujano.

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al procedimiento quirúrgico realizado con base en el Tabulador contratado, dicho monto incluye las consultas del equipo quirúrgico, durante los 15 (quince) días posteriores a la realización de la cirugía. Posterior a dicho periodo se pagará una sola consulta diaria por especialidad.

El Tabulador contratado establece el monto total del procedimiento quirúrgico realizado, sin importar el número de profesionistas o profesionales que participen activamente en la intervención quirúrgica.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado 2 (dos) o más cirugías en la misma Región Anatómica, se cubrirán al Asegurado el monto correspondiente al 100% (cien por ciento) de los honorarios quirúrgicos para la cirugía que tenga el valor más alto y el 50% (cincuenta por ciento) de la segunda cirugía. **Si existieran más cirugías en la misma Región Anatómica, éstas no serán cubiertas por la Compañía.**

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado 2 (dos) cirugías en regiones anatómicas distintas, los honorarios quirúrgicos de la cirugía de mayor costo se cubren al 100% (cien por ciento) y de la segunda al 50% (cincuenta por ciento). En el caso de una 3 (tercera) cirugía en la misma sesión, en la segunda Región Anatómica o en otra Región Anatómica diferente a la primera se cubrirá el 35% (treinta y cinco por ciento). **Si existen más intervenciones no serán cubiertas por la Compañía.**

Lo anterior también aplica en caso de Órganos Bilaterales.

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado como consecuencia de un Politraumatismo, se cubrirá el 100% (cien por ciento) de cada uno de los honorarios de los Médicos por cada uno de los procedimientos realizados en un mismo evento quirúrgico de acuerdo con el Tabulador contratado.

En caso de que la atención médica del Asegurado se requiera la intervención de más de un especialista en un mismo evento quirúrgico, el monto que será cubierto al Asegurado será del 100% (cien por ciento) según el Tabulador contratado, previa autorización de la Compañía.

Para efecto del pago de honorarios médicos, si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, esta se considera una complicación inmediata de la primera cirugía y no se cubrirá monto adicional por concepto de honorarios; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera aplicando el Tabulador contratado.

Si existiera una diferencia entre el monto reclamado por el honorario médico contra el monto especificado en el Tabulador médico contratado, ésta no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

2. Gastos Hospitalarios

Quedan cubiertos los siguientes gastos dentro del Hospital, Clínica o Sanatorio generados por una Hospitalización:

- Habitación privada estándar con baño.
- Alimentos suministrados al Asegurado.
- Estudios de laboratorio, gabinete, imagen y agentes de diagnóstico indicados y justificados por el

Médico tratante y relacionados directamente con el diagnóstico del Accidente o Enfermedad cubierta que motive la atención en ese momento.

- d) Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- e) **Trasfusiones de sangre**, plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y que hayan sido utilizados. Se cubrirán las pruebas de compatibilidad de dichos productos.
- f) **Medicamentos** administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sean indicados y justificados por el Médico Tratante y que estén relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta que genera la atención médica. Los Medicamentos cubiertos deberán contar con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y el proveedor deberá contar con licencia de comercialización en México.
- g) Se cubre únicamente los **gastos de la cama extra** para el acompañante del Asegurado afectado.
- h) Atención general de **Enfermería**.

Cuando derivado de una intervención quirúrgica para una Enfermedad cubierta, el Asegurado presente o se detecten gastos relacionados con la atención o Tratamiento de una Enfermedad no cubierta, se penalizará el pago con el 40% (cuarenta por ciento) del total de la factura hospitalaria y el Asegurado deberá pagar los honorarios médicos de dicha atención derivada de una Enfermedad no cubierta en el Contrato de Seguro.

Los honorarios médicos por la atención de la Enfermedad cubierta se cubrirán por la Compañía conforme a estas condiciones generales, con las participaciones correspondiente del Asegurado.

3. Cuidados en casa o fuera del Hospital

Quedan cubiertos los gastos derivados de los siguientes cuidados en casa:

- a) **Enfermería:** quedan cubiertos los montos correspondientes a honorarios de enfermería, legalmente autorizada para ejercer su profesión, que bajo prescripción del Médico tratante sean necesarios. Lo antes descrito se pagará por un periodo máximo de 30 (treinta) días continuos o 720 (setecientos veinte) horas en periodos discontinuos y por cada Siniestro.

El monto por este concepto estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador contratado.

- b) **Gastos por consumo de oxígeno medicinal:** siempre que éste sea indicado y justificado por el Médico tratante, mediante una receta médica cuya fecha no sea mayor a 3 (tres) meses de antigüedad. Dicha receta se deberá de entregar a la Compañía por periodos de 30 (treinta) días naturales.

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el tanque de oxígeno durante el tiempo que lo requiera, éste deberá ser devuelto a la Compañía al finalizar el Tratamiento o la cobertura de ésta Póliza.

- c) **Medicamentos:** se cubrirán los costos de los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio y mediante el Pago por Reembolso.

Para acceder a la cobertura se deberá de cumplir con los siguientes requisitos: el producto a cubrir debe de cumplir con la definición de Medicamentos de estas condiciones generales, estar indicado y justificado por el Médico tratante, contar con registro sanitario en México y estar relacionado y autorizado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) para tratar el Accidente o Enfermedad cubierto.

La receta médica correspondiente deberá tener la indicación médica de uso, frecuencia, duración y dosificación de acuerdo con lo establecido por los reglamentos de insumos para la salud de la Ley General de Salud.

Las recetas deberán cumplir con lo establecido en el artículo 28 del Reglamentos de insumos para la salud, de la Ley General de Salud.

4. Terapias de rehabilitación

Siempre y cuando sean medicamente necesarias y tengan la finalidad de restaurar la salud del Asegurado, se cubrirán única y exclusivamente las siguientes Terapias de rehabilitación: rehabilitación musculoesquelética,

hidroterapia, neurorehabilitación, neurodesarrollo, inhaloterapia o fisioterapia pulmonar y rehabilitación cardíaca.

Para la cobertura de los gastos por las terapias de rehabilitación amparadas en esta cobertura es indispensable que el Asegurado se cerciore de:

- Que las terapias sean indicadas por el Médico tratante quien canalizará al Asegurado con un Médico especialista en medicina física y de rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento médico y número de sesiones que requiera el Asegurado será determinado por el Médico especialista en medicina física y rehabilitación.
- Para el caso de inhaloterapias el Médico tratante es quien indica y justifica el tipo de Tratamiento y el número de sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se realicen en centros especializados certificados y ser proporcionados por personal que cuente con cédula profesional para ejercer la medicina física y de rehabilitación, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
- Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialidad que lo proporcionen, **excepto para politraumatismos, que pueden tener 2 (dos) sesiones de rehabilitación física por día por máximo 15 (quince) días.**

Por las características específicas de las Terapias de Rehabilitación de que se trate, la Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas Terapias sean medicamente indispensables.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho Tratamiento médico, en donde se indique el número de sesiones reclamadas, teniendo como límite el monto máximo especificado en el Tabulador contratado, dicho monto ya incluye los honorarios médicos de los terapeutas.

5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia

Para cualquier tipo de cáncer, quedan cubiertos conforme a estas Condiciones Generales los gastos por Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia que tengan indicación médica y sean indicados y justificados por el Médico tratante, que han comprobado su seguridad y efectividad y por ello han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos sanitarios correspondientes mediante un registro sanitario y se encuentran especificados para tratar el tipo y estadía del cáncer del Asegurado en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

6. Cirugía reconstructiva por Accidente

Se cubren los gastos por Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente cubierto.

7. Trasplante de órganos

Se cubren los gastos que genera el protocolo de estudio pre trasplante aprobado por el Comité de Trasplante de la Institución en donde se lleve a cabo el procedimiento, así como los gastos de Hospitalización del Asegurado receptor del trasplante, los honorarios del equipo médico quirúrgico y los gastos del seguimiento post trasplante del Asegurado receptor.

El monto de honorarios médicos, generados por el protocolo de estudio pre trasplante y los procedimientos quirúrgicos del receptor se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado.

En caso de donador cadavérico, la Compañía cubrirá el porcentaje del costo de la procuración que le corresponda al receptor de acuerdo con las reglas del Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

Los trasplantes de órganos deben de estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

No se cubren los gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos ni de importación de órganos.

8. Trasplante de tejidos y células

Los gastos derivados del trasplante de córnea quedarán cubiertos exclusivamente por Accidente o Enfermedad cubierto por esta Póliza.

Para aquellas Enfermedades congénitas y/o genéticas de la córnea con beneficio AXA el trasplante será cubierto siempre y cuando el Asegurado se haya dado de alta dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su nacimiento y la Madre Asegurada cumpla con 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza al momento del nacimiento o de Antigüedad Reconocida.

Se cubre el trasplante de ligamentos y tendones de origen cadavérico, por Accidentes o Enfermedades cubiertas de rodilla y hombro, realizado únicamente en Hospitales certificados y por Médicos especialistas con recertificación vigente de acuerdo con la definición de Médico de estas mismas condiciones. Dicho dispositivo deberá cumplir con la Legislación y Regulación Sanitaria correspondiente para validación de su origen.

Los trasplantes de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

El monto de honorarios médicos, generados por el trasplante de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado.

Este beneficio únicamente se pagará mediante programación de cirugía.

No se cubren los gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos ni importación de la córnea, células y/o tejidos para el trasplante.

Los trasplantes de células troncales hematopoyéticas deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de la Secretaría de Salud (CNTS).

Se cubrirán los trasplantes de células troncales hematopoyéticas para el Tratamiento de leucemia y linfomas, siempre y cuando estén avalados por la guía normativa de la Secretaría de Salud y la Guía Terapéutica de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y no se trate de un Tratamiento y/o Intervención definido como Tratamiento en investigación por la Ley General de Salud.

Se cubren los gastos generados por el protocolo pre-trasplante de células troncales hematopoyéticas aprobado por el Comité de Trasplantes de células hematopoyéticas de la Institución en donde se llevará a cabo el procedimiento, así como los gastos de Hospitalización del Asegurado receptor del trasplante, los honorarios del equipo médico quirúrgico y los gastos del seguimiento post trasplante del Asegurado receptor.

No se cubren los gastos administrativos ni de importación, preservación y conservación de las células troncales hematopoyética para trasplantar.

9. Dispositivos médicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Dispositivo Médico que se requiera a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, siempre y cuando se encuentre medicamento indicados para el Tratamiento que requiera el Asegurado. Estos deberán de contar con registro sanitario vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y permiso de comercialización en México.

La Compañía podrá realizar el pago del servicio programado para estos Dispositivos Médicos, siempre que el Asegurado demuestre la indicación médica y el beneficio en su Tratamiento.

Para tal efecto la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) los clasifica de la siguiente forma:

1) Equipo Médico

a) Equipo médico dentro del hospital:

Se cubren los gastos por el equipo médico necesario para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia hospitalaria, cuando estos sean indicado por el médico tratante.

b) Equipo médico fuera del hospital:

Se cubre la renta o compra del Equipo Médico necesario indicado por el Médico tratante para la recuperación en casa del Asegurado o para continuar el Tratamiento establecido por el Médico tratante a nivel domiciliario. Lo anterior será cubierto, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente o Enfermedad cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, tomando en

cuenta que:

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si éste falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen y verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si el equipo se encontrara dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el equipo médico durante el tiempo que lo requiera hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

Para Equipo Médico siempre aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento). **En esta cobertura no aplica el Tope de Coaseguro contratado.**

2) Prótesis, órtesis y ayudas funcionales

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de prótesis, órtesis y ayudas funcionales que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, de acuerdo con el límite establecido en la carátula de la Póliza, siempre y cuando tenga aprobación previa de la Compañía, sea indicado y justificado por el Médico tratante, cuente con registro sanitario, permiso de comercialización en México y no sea definido como Tratamiento en investigación conforme a la definición de este Contrato de Seguro.

- Se consideran como ayudas funcionales los siguientes dispositivos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales y/o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, auxiliares ventriculares internos, implante coclear y bombas de infusión de insulina.
- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del Dispositivo medicamente indicado, así como del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso. Si el dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá de notificarlo inmediatamente a la Compañía.
- Si el dispositivo otorgado falla antes de que finalice la vida útil estipulada en la garantía del proveedor y el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso, el proveedor estará obligado a reponer el equipo y la Compañía a cubrir los gastos generados por la recolocación. Si el Asegurado no cumplió con las instrucciones de uso, deberá de cubrir el costo de la reposición y los gastos derivados de la recolocación la cubre la Compañía.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el dispositivo durante el tiempo que lo requiera, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el uso de este.

No se cubren los gastos generados por los reemplazos, recambio, reposiciones, ajustes y/o revisiones de las prótesis, órtesis o ayudas funcionales.

3) Agentes de diagnóstico

Se cubrirán los gastos generados por la compra de agentes de diagnóstico utilizados por el Médico tratante o el especialista correspondiente durante la atención médica del Asegurado.

No se cubrirán honorarios adicionales del personal que realiza estudios de diagnóstico, puesto que dichos honorarios se incluyen en el costo del estudio.

4) Materiales quirúrgicos y de curación

a) Dentro del hospital

Se cubrirán solo aquellos que se utilizan en la práctica quirúrgica o en el Tratamiento de heridas y lesiones de la piel o sus anexos que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y tengan licencia de comercialización en México.

b) Fuera del hospital

Se cubren los materiales quirúrgicos y de curación fuera del hospital que sean utilizados por el médico tratante, que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y tengan licencia de comercialización en México

5) Insumos de uso odontológico y 6) Productos higiénicos

La clasificación de los Dispositivos Médicos de uso odontológico y productos higiénico no serán cubiertos, excepto lo mencionado en la cobertura 10. Tratamiento dental por Accidente.

10. Tratamiento dental por Accidente

Se cubren los gastos por Tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos a consecuencia de un Accidente cubierto, incluyendo prótesis dental. La cobertura incluye colocación de prótesis dentales e insumos de uso odontológico, siempre que el Tratamiento dental de emergencia y el primer gasto o atención médica se lleve a cabo dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a dicho Accidente.

Este Contrato de Seguro no ampara ningún tipo de gasto derivado de Enfermedades dentales, sin importar su origen.

11. Nariz y/o senos paranasales por Accidente

Se cubren los gastos derivados de lesiones en nariz y/o senos paranasales sólo por Accidente siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 (noventa) días a la fecha del Accidente.

Cuando el Asegurado tenga menos de un año de Antigüedad en la Póliza se aplicará un Coaseguro de 70% (setenta por ciento), cuando el Asegurado tenga como mínimo un año de Antigüedad se le aplicará 50% (cincuenta por ciento) de Coaseguro.

12. Práctica amateur de deportes

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes de forma ocasional y no profesional, es decir que no recibe remuneración a cambio de dicha práctica, **con excepción de lo mencionado en la exclusión 38.**

13. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional que sea necesario medicamente, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto. Sin límite de eventos dentro de la vigencia de la Póliza.

Para el caso de:

- Ambulancia terrestre aplica el Coaseguro y Suma Asegurada indicados en la caratula de póliza.
- Ambulancia aérea el Coaseguro será de 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo y el monto máximo de Suma Asegura para este beneficio es de 40 UMAM.

Esta cobertura no aplica cuando:

- a) El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b) El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legales y hasta que tal circunstancia se solucione.**
- c) El Asegurado no esté autorizado por un Médico o paramédico para el traslado hacia el destino elegido.**

La ambulancia aérea solo se cubrirá vía Pago por Reembolso.

14. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)

Quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Emergencia Médica por algún Accidente o Enfermedad cubierto, mientras se encuentre en viaje, fuera de la República Mexicana.

Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la cláusula 20. Zona de Cobertura del apartado Cláusulas Generales de este Contrato de seguro, es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la República Mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedara sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la República Mexicana.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Eventualidad Médica y, por lo tanto, los efectos de esta cobertura.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente en el lugar y fecha en que deba hacerse el pago de los gastos cubiertos.

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, Consultas médicas y servicios médicos profesionales como anesthesiólogos y enfermeras.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

Todos los suministros:

- Deben de estar relacionados con el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto.
 - La indicación para la cual fue aprobado el uso del suministro debe estar especificada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspañol/>.
 - Los suministros deben estar aprobados por la ley del país donde se reciba la atención médica.
- d) Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
 - e) Servicio de ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea médicamente necesario.
 - f) Prótesis y aparatos ortopédicos necesarios para el Tratamiento médico, a excepción de reemplazos.

Esta cobertura es aplicable únicamente bajo la modalidad de Pago por Reembolso.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para esta cobertura es de 50,000 USD (cincuenta mil dólares americanos).

Deducible

El Deducible para esta cobertura es de 50 USD (cincuenta dólares americanos).

Coaseguro

No aplica Coaseguro.

La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cobertura son independientes y no son acumulables respecto a otras coberturas de estas Condiciones Generales.

Pago de honorarios

Se pagará con base al UCR (Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado).

Exclusiones particulares:

- a) **Las Complicaciones del Embarazo y del(los) recién nacido(s).**
- b) **Parto y cesárea posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.**
- c) **Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería fuera del Hospital.**

15. Medicina Alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por Tratamientos quiroprácticos para control del dolor crónico derivado de un Accidente o Enfermedad cubierto.

Se cubrirán los honorarios de profesionistas que cuenten con cédula profesional, conforme al Tabulador contratado lo correspondiente a Consulta de Médico general.

b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los eventos médicos, una vez que se haya cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza y Certificado individual.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la fecha de ingreso en esta Póliza, siempre y cuando esta Póliza se encuentre en vigor y de acuerdo con las condiciones contratadas.

1. Queda amparado a partir de 4 (cuatro) meses cumplidos

1.1. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 4 (cuatro) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado Individual, a la fecha en que se presente la complicación:

1. Embarazo extrauterino.
2. Embarazo molar.

2. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses cumplidos

2.1. Ayuda por maternidad

La Compañía pagará la Suma Asegurada por cesárea especificada en la carátula de póliza y certificado individual, siempre y cuando ésta sea la primera en la vida de la Asegurada y tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado Individual a la fecha en que se practique la cesárea.

2.2. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado Individual, a la fecha en que se presente la complicación:

1. Los estados de fiebre puerperal.
2. Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
3. Placenta áceta.
4. Placenta previa.
5. Atonía uterina.

2.3. Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por Tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido inmaduro o prematuro, Enfermedades genéticas, Enfermedades congénitas, talla baja, así como Accidentes o Enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado Individual y se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago del Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s).

3. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses cumplidos

Se cubren, a partir de los 12 (doce) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso del Asegurado afectado establecida en el Certificado Individual, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 3.1. Litiasis renal y urinaria y Enfermedades en vías urinarias, hasta un límite de 26 UMAM.
- 3.2. Enfermedades ginecológicas, **excepto glándula mamaria.**
- 3.3.** Enfermedades de columna vertebral, **excepto hernias de disco.**
- 3.4. Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.
- 3.5. Enfermedades del piso pélvico.

Para el caso de un recién nacido con Beneficio Axa no aplica el Periodo de Espera de 12 (doce) meses

cumplidos.

4. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses cumplidos

Se cubren, a partir de los 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso del Asegurado afectado establecida en el Certificado Individual, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 4.1 Enfermedades de glándulas mamarias.
- 4.2 Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- 4.3 Amigdalitis y adenoiditis.
- 4.4 Hernias (incluyendo hernias de disco), eventraciones.

Para el caso de un recién nacido con Beneficio Axa no aplica este Periodo de Espera de 24 (veinticuatro) meses cumplidos.

IV. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo, quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos que sean médicamente necesarios, indicados y justificados por un Médico; siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante.

Se cubren los gastos correspondientes de acuerdo con la cláusula de Periodo de Beneficio y las condiciones y límites especificados en la carátula de póliza y Certificado individual:

1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

De acuerdo a esta cláusula se establece que los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera del territorio nacional y que se encuentren cubiertos de acuerdo a las Condiciones Generales de esta Póliza, serán amparados hasta los límites mencionados por esta cobertura, sujeto a las siguientes condiciones:

Residencia

Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la cláusula 20. Zona de Cobertura del apartado Cláusulas Generales de este Contrato de seguro, Sólo estarán protegidas bajo esta cobertura las personas que radiquen en forma permanente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

Participación del Asegurado

Deducible y Coaseguro. Invariablemente se aplicará tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de esta Póliza.

Pago de Reclamaciones

Esta cobertura funciona en la forma tradicional de Reembolso y tiene la opción de ser utilizada como Pago Directo.

Sistema de Pago Directo

En caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, Vigencia de la Póliza, Endosos especiales, altas de Asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.

Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la Póliza en atención médica en el extranjero que:

- El servicio médico se hubiera proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieron en convenio con la Compañía;
- Por la situación del internamiento (falta de documento, duda en cuanto a la Vigencia de la Póliza, coberturas, alta de Asegurados, pagos, etc.), no se hubiere autorizado el Pago Directo.

Gastos Cubiertos

1. Cuarto semi - privado y alimentos del paciente.
2. Médicos y Cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.
3. Anestesiólogo (honorarios profesionales).

4. Suministros en el Hospital (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).
5. Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarios para el tratamiento médico. Queda excluida la reposición de aparatos de Prótesis.
6. Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad hacia o desde el Hospital).
7. Enfermera privada.
8. Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
9. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital que estén relacionados con el Padecimiento y acompañados de la receta médica.
10. Renta de Equipo tipo Hospital que, por Prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

Exclusiones particulares

- a) Los Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura, independientemente de la Antigüedad de la cobertura básica.**

Para las pólizas anteriores a esta o de otra compañía que contaban con la cobertura en el extranjero y que no tuvieran periodos al descubierto, se respetará la Antigüedad de ésta, tomándose como fecha original la de la primera emisión de la cobertura en el extranjero.

- b) La operación cesárea y el parto natural.**
- c) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.**
- d) Adicionalmente a las exclusiones de esta cláusula, las limitaciones mencionadas en las presentes Condiciones Generales y Endosos especiales, no se amparará lo mencionado en el apartado III. Cobertura básica inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera.**
- e) Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni Modificaciones y con aplicación para esta cobertura.

2. Cobertura de Maternidad

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a contratación de este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura a continuación detallada de forma adicional a las coberturas especificadas en el apartado III. Cobertura básica inciso de las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

1. Parto Normal

Se cubre la maternidad por parto normal, con un Periodo de Espera de 10 meses de cobertura continua, contados a partir de la fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado Individual.

Estarán cubiertos los gastos médicos o quirúrgicos y de Hospitalización por maternidad, que comprende parto normal, para el Asegurado Titular o la cónyuge, con una Suma Asegurada tope estipulada para este beneficio en la carátula de la Póliza y Certificado Individual y no aplica Deducible ni Coaseguro.

Esta cláusula modifica al punto 7. de la sección V. Exclusiones (gastos no cubiertos).

2. Cesárea

Se cubren todas las cesáreas en la vida de la Asegurada Titular o la cónyuge Asegurada, con el límite establecido para éste beneficio en la carátula de la Póliza y Certificado Individual, no aplicará Deducible ni Coaseguro.

El Periodo de Espera de esta cobertura es de 10 (diez) meses a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada en la póliza. Esta cláusula modifica el punto 2.1. Ayuda por maternidad del apartado III. Cobertura básica inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

Exclusiones Particulares

1. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

3. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios

Mediante la contratación de este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura:

La Compañía cubrirá los gastos médicos erogados durante la vigencia de esta Póliza, por los gastos complementarios a consecuencia de accidentes, enfermedades y/o padecimientos cubiertos, entendiéndose como gastos complementarios aquellos que derivan de tratamientos que de inicio fueron cubiertos y pagados en una Póliza Colectiva de Gastos Médicos Mayores a nombre del mismo Contratante, emitida por ésta u otra institución de seguros y que sean erogados dentro de la vigencia de la presente póliza.

El límite de responsabilidad de la Compañía será exclusivamente por el remanente de Suma Asegurada, con un tope de:

- 200,000 M.N para pólizas con menos de 20 Asegurados
- 500,000 M.N. para pólizas con más de 20 Asegurados y menos de 30 Asegurados
- 3,000,000 M.N o el 85% de la Suma Asegurada Básica, lo que resulte menor, para pólizas con más de 30 Asegurados.

No se aplicará deducible para los gastos complementarios.

El Asegurado deberá presentar, adicional a la documentación para la reclamación, un documento emitido por la institución de seguros donde se cubrió el último gasto que contenga el remanente de Suma Asegurada. **En caso de no contar con esta documentación se cubrirá como un siniestro nuevo en caso de ser procedente.**

Exclusiones Particulares

1. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

V. Exclusiones (gastos no cubiertos)

El presente Contrato de Seguro no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por Enfermedades, estudios, Tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

1. Enfermedades Preexistentes.
2. Accidente ocurrido o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto.
3. Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
4. Tratamientos en donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
5. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y enfermedades congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza.
6. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
7. Parto Normal, con excepción de lo especificado en la cobertura 3. Cobertura de Maternidad.

8. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
9. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madres para ser trasplantadas.
10. Criopreservación de cordón umbilical.
11. Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante incluyendo todos los gastos del recién nacido.
12. Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad y/o la natalidad y/o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.
13. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.
15. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.
16. Enfermedades congénitas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.
17. Enfermedades congénitas, genéticas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como maternidad asistida.
18. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en la cobertura 2.3 Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
19. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
20. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, uso de drogas no legales y/o sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
21. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro refrigerante para el Tratamiento de alopecia secundaria a quimioterapia, implantes de glúteos, bombas y prótesis para disfunción eréctil.
22. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
23. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica.
25. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
26. Los Tratamientos que se enlistan a continuación ni sus complicaciones aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro:
 - a) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
 - b) Trastornos de enajenación mental.

- c) Trastornos de la conducta.
- d) Tratamientos para trastorno depresivo.
- e) Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.

En ningún caso quedan cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogados en la última versión del DSM Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

27. Las siguientes terapias, cualquiera que sea su origen:

- a) Rehabilitación psicomotora.
- b) Rehabilitación neuro feed-back/ neuro-retroalimentación
- c) Terapias de neuro estimulación.
- d) Estimulación temprana.
- e) Rehabilitación cognitiva.
- f) Aprendizaje.
- g) Ocupacionales.
- h) Recreativas.
- i) Vocacionales.
- j) Neurolingüísticas.
- k) Lenguaje.

La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o Terapias antes mencionadas ni sus complicaciones, aun cuando éstas se encuentren justificadas medicamente y deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro.

28. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción sexual, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.

29. Circuncisión.

30. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbipópia), hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lente intraocular y anillos intracorneales.

31. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades cuyos gastos estén cubiertos.

32. Tratamientos basados en Medicina Alternativa, con beneficio incierto y/o con fines preventivos y/o prescritos por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales, excepto lo mencionado en la cobertura 15. Medicina Alternativa de estas Condiciones Generales.

33. Gastos generados por la compra de Medicamentos, dispositivos y/o insumos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y no tenga licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el Médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación.

34. Gastos médicos derivado de cualquier tipo de Medicamento que sea aplicado al Asegurado para tratar Enfermedades o síntomas diversos a los que se mencionan en las indicaciones terapéuticas del Medicamento de que se trate.
35. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones auto infligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
36. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras pruebas de resistencia o velocidad.
37. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.
38. Práctica de box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo y espeleología.
39. Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales que sean originados por una Enfermedad.
40. Diagnóstico, Tratamientos y sus complicaciones derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
41. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra derivado de su participación en cualquier campeonato avalado por Federaciones Nacionales o Internacionales, así como los Accidentes o Enfermedades derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.
42. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor.
43. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar a los padres, hijos y cónyuge.
44. Honorarios de médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.
45. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico de la Enfermedad o Accidente cuyos gastos están cubiertos.
46. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de éste en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra.
47. Atención de recién nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
48. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:
 - a) Fórmulas lácteas.
 - b) Suplementos y complementos alimenticios.
 - c) Medicamentos Vitamínicos y productos Multivitamínicos.
 - d) Cosméticos y dermatológicos.
 - e) Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - f) Medicamentos biológicos e insumos utilizados en Terapia celular.
 - g) Medicamentos que no tengan relación con el Accidente o Enfermedad cubierto.
 - h) Fórmulas naturistas.

49. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en las coberturas 14. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y 1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME).
50. Reposición y compostura de aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas funcionales, así como aquellos Aparatos Ortopédicos, Prótesis y ayudas funcionales que sean Preexistentes a la contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
51. Aparatos auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiéndose como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.
52. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones o cualquier adición ortopédica al zapato, aun cuando sean indicados o justificados por un Médico.
53. Terapias de relajación, masajes terapéuticos o indicaciones de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
54. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura básica de las presentes Condiciones Generales.
55. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
56. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
57. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
58. Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o «juanetes».
59. Prendas de vestir con propiedades terapéuticas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas y camisetitas.
60. Medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos aplicados durante la estancia hospitalaria que no cuentan con registro sanitario en territorio nacional, ni tampoco con un permiso de importación específico y válido emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).
61. Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México.
62. Servicios de Enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral, así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento, cuidadoras y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, excepto lo mencionado en la cobertura 3. Cuidados en casa inciso a) Enfermería.
63. Enfermedades que en un expediente médico se determine su existencia, donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad o que hayan sido diagnosticadas en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación.

Este periodo de 30 (treinta) días no aplica en caso de Accidentes ni en Urgencias Médicas.

- 64. Tratamientos de magneto-terapia.
- 65. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un Médico.
- 66. Importación de corneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.
- 67. Procuración de corneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.
- 68. Tratamientos o Medicamentos en investigación.
- 69. Tratamientos para el caso de cáncer que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- 70. Cirugía reconstructiva por Enfermedad.
- 71. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.
- 72. Gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos de transporte ni de importación de órganos y/o cornea, células y/o tejidos para el trasplante.
- 73. Tratamientos de terapia génica.

VI. 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 ofrecida en este Contrato de Seguro de acuerdo con lo siguiente:

- a) **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente, a partir de la fecha de Ingreso del Asegurado en la Póliza.
- b) **Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad cubierta, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la fecha de Ingreso del Asegurado en la Póliza; este lapso no aplica cuando se trata de Renovaciones o Emergencias Médicas.
- c) La Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza y Certificado individual aplicará para cada uno de los Accidentes o Enfermedades cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado y no será reinstalable en ningún caso.

2. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

El Contratante selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a los hospitales que se encuentran en la gama en el momento que solicite la atención o Tratamiento Médico con los beneficios derivados de los convenios celebrados entre la Compañía y el Hospital, Clínica o Sanatorio. Existen 3 (tres) Gamas Hospitalarias las cuales se muestran a continuación en orden y jerarquía descendente: Magno, Superior y Básico.

La Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificada en la carátula de póliza y Certificado individual.

La Compañía podrá cambiar o modificar en cualquier momento y sin previo aviso la Gama Hospitalaria, Clínica o Sanatorio. Dicho listado no limita, ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que éste elija o seleccione libremente, el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.

3. Periodo de Beneficio

La Compañía pagará los gastos por cada Accidente o Enfermedad cubiertos, incurridos durante Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del Plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato de Seguro ha rebasado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de póliza y Certificado individual.
- b) El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado Renueva su Póliza de Seguro de Gastos Médicos Colectivo para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza o solicita un cambio de plan o cambio de producto y este sea aceptado por la Compañía, el período de beneficio aplicará en los términos establecidos en esta

8. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
9. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madres para ser trasplantadas.
10. Criopreservación de cordón umbilical.
11. Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante incluyendo todos los gastos del recién nacido.
12. Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad y/o la natalidad y/o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.
13. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.
15. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.
16. Enfermedades congénitas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.
17. Enfermedades congénitas, genéticas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como maternidad asistida.
18. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en la cobertura 2.3 Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
19. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
20. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, uso de drogas no legales y/o sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
21. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro refrigerante para el Tratamiento de alopecia secundaria a quimioterapia, implantes de glúteos, bombas y prótesis para disfunción eréctil.
22. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
23. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica.
25. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
26. Los Tratamientos que se enlistan a continuación ni sus complicaciones aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro:
 - a) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
 - b) Trastornos de enajenación mental.

Lugar de pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos 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.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.

7. Cancelación del Contrato

Este Contrato de Seguro podrá ser cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo convenido.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 100% (cien por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza, sin incluir el derecho de póliza.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza.

Dicha solicitud de cancelación deberá ser presentada en la oficina de la Compañía más cercana a su domicilio, para consultar la oficina más cercana podrá comunicarse al 800 900 1292.

Al momento de presentar la Solicitud de cancelación previa identificación del Contratante, la Compañía entregará el número de folio correspondiente y dentro de los 20 (veinte) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se ingresó la solicitud de cancelación, se hará la devolución de la prima no devengada a través de transferencia electrónica u orden de pago.

8. Extinción de Obligaciones

En virtud de 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 de Seguro está regido por el principio de la buena fe.

En consecuencia, el Contratante expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial de conformidad con el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante y/o los representantes de éstos disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

- a. Disimular, Omitir o declarar falsa o Inexactamente, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro y/ o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,
- b. Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación; o
- c. Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos como 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 al Contratante la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Una vez realizada la notificación, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo relacionados con la reclamación que motivó la extinción de sus obligaciones.

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 de Seguro, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Siniestros que se hubieren presentado y reclamado con anterioridad válidamente hasta antes de la Extinción de Obligaciones de la Compañía y sean distintos a la que motivó la citada Extinción de Obligaciones.

Bajo ninguna circunstancia, la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado la Extinción de Obligaciones de la Compañía, aun cuando se trate de un Siniestro diferente al que provoco la terminación anticipada.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante o los representantes de éstos, 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 Extinción de Obligaciones, pero devolverá al Contratante el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza. La Prima será devuelta al Contratante dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales posteriores a la fecha en que se haya notificado la extinción de obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

9. 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.

10. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado Individual para que éste se los proporcione a los Asegurados de la Colectividad, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o Edad alcanzada del Asegurado;
- f) Fecha de Vigencia de la Póliza y del Certificado;
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades, y
- i) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Registro de Asegurados

La Compañía entregará al Contratante el Listado de Asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante una relación que formará parte Asegurado del propio registro.

El registro contendrá la siguiente información:

- a) Nombre, Edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Asegurados de la Colectividad Asegurada.
- b) La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.

11. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos por la Compañía podrá ser incluida en el Contrato de Seguro mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que está facultada para pedir.

Para que los hijos nacidos con Beneficio AXA queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir con que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y, se notifique a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

En ambos casos la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de aumento de beneficios en este Contrato de Seguro, 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.

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

12. Bajas

En caso de solicitar la Baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza o disminución de beneficios, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante. La Baja aplicará a partir de la fecha de la solicitud de la misma y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza, dentro del plazo de 20 (veinte) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de baja.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado Titular que:

- a) Contraigan matrimonio.**
- b) Cumplan 25 años de Edad.**

13. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante para finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro, respecto del mismo producto originalmente contratado, pero modificando diversos elegibles.

El Contratante mediante el cambio de plan, podrá optar por modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Gama Hospitalaria.
- Tabulador.
- Altas o Bajas de Coberturas adicionales con costo.

Para solicitar dichos cambios, el Contratante deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios y deberá llenar y firmar la Solicitud.

La Compañía puede o no aceptar dicho cambio de plan de acuerdo con las políticas de cambio de plan vigentes.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio de plan, la Compañía no garantizará:

- El cambio sin requisitos de Asegurabilidad.
- Los Periodos de Espera del plan anterior.
- Los Gastos no Cubiertos (Exclusiones).

14. Cambio de Contratante

Para Colectividades Aseguradas cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista Cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima no devengada.

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta No Devengada.

15. Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza.

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima se le aplicará un recargo por pago fraccionado que se estipula en la caratula de póliza.

16. Examen Médico

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Enfermedades, la Compañía, como parte del procedimiento de selección médica, podrá requerir al Asegurado que se someta a un Examen Médico.

Al Asegurado que se haya sometido al Examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de la Enfermedad evaluada en el Examen Médico que se le haya aplicado para tal Enfermedad y, que no hubiese sido diagnosticado en el citado Examen Médico.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá o no aceptar el riesgo declarado.

17. Renovación

Este Contrato tendrá vigencia de un año y podrá renovarse por periodos de igual duración a petición del Contratante dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se cumpla los requisitos establecidos en la normatividad vigente a la fecha de vencimiento.

En cada renovación se actualizará la Prima, los montos de Deducible, Suma Asegurada, Coaseguros y Topes de Coaseguro.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la Renovación de este Contrato debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros.

18. Rehabilitación

En el caso que este Contrato de Seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 6. Primas, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la Rehabilitación respetando la Vigencia originalmente pactada, de acuerdo con sus políticas de aceptación y de Rehabilitación vigentes.

Para que la Compañía otorgue al Contratante la Rehabilitación es necesario que éste pague la prima del Periodo al Descubierto que corresponde al costo de Rehabilitación.

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.

En ningún caso, la Compañía cubrirá Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, así como Accidentes, Enfermedades y sus complicaciones detectados durante este periodo.

19. Prescripción

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

Asimismo, el término de la Prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

20. Zona de Cobertura (Territorialidad)

Los gastos médicos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana.

En caso de contratar con alguna de siguientes coberturas: Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME), los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas adicionales.

Para la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME) si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 (doce) meses continuos (durante la Vigencia de esta Póliza), deberá informar previamente a AXA y pagar una prima adicional. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato de Seguro.

Para efectos de este Contrato de Seguro solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados cuando éstos no vivan en el mismo domicilio, así como el cambio de residencia de los mismos.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

21. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Moneda Nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo con 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.

22. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante están obligados a declarar por escrito a la Compañía, 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 con 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 con 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 con 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 de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

La Compañía comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía conozca la Omisión o Inexacta declaración.

23. Agravación del Riesgo

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro, se entenderá como agravación del riesgo cuando se produce una situación o estado distinto a lo declarado en la Solicitud de Seguro para la valoración del riesgo por parte de la Compañía.

Derivado de lo anterior, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) 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, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 52, 53 fracción I, 54, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, por agravación esencial del riesgo, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Octava, fracción VI disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

24. Competencia

En caso de controversia, el Contratante podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes estancias:

- 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 y 68, 70,71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al Arbitraje de la Condusef, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del Contratante para que los haga valer ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de las delegaciones regionales de la Condusef. En todo caso, queda a elección del Contratante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

En el supuesto que el Contratante así lo determinen, podrá hacer vales sus derechos conforma a lo estipulado en la cláusula 31. Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Generales.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE):

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 76 63 (opción 1)

En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1)

Dirección:

Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, en la Ventanilla Integral de atención de AXA.

Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx, o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/quejas.

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999

Dirección:

Av. Insurgentes Sur # 762, Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:

www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

Registro electrónico de comentarios: asesoria@condusef.gob.mx

25. Edad

- a) La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.
- b) Si a consecuencia de una inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación del Contrato de Seguro, éste estuviera fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos de acuerdo a lo establecido en los artículos 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación 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 estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro 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.
- d) Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la Edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la prima resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

26. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a requerir del Contratante o Asegurado Titular toda clase de información sobre los hechos

relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el Contratante o Asegurado Titular deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes médicos y estudios relacionados con el Accidente o Enfermedad reclamada, 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 con lo siguiente:

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Enfermedad derivada de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que éste ocurra, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Institución de Seguros tan pronto como cese el impedimento.
- b) Para proceder al pago de robo con violencia o violación, es requisito indispensable que el reclamante adjunte la copia simple de la denuncia de hechos presentada ante el Ministerio Público competente.

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

- a) El Contratante 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, dentro del término establecido en la cláusula 19. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

27. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Siniestro, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro. En caso de Órganos Bilaterales, se aplicará un solo deducible si al momento del diagnóstico inicial se confirma la afectación bilateral y/o la necesidad de Tratamiento de ambos lados. Se aplicará un Deducible por cada lado si el diagnóstico inicial y/o el Tratamiento se establecen en diferentes momentos.
- b) A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se aplicará primero el Deducible contratado. Después sobre la cantidad resultante se aplicará lo correspondiente por concepto de Coaseguro contratado, de acuerdo con el porcentaje y hasta el Tope de Coaseguro establecidos en la carátula de la póliza y Certificado individual.
- c) La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- d) En caso de que el Asegurado cuente con gastos cubiertos por el mismo Siniestro por otras Pólizas de Seguro de esta u otra institución estos serán tomados en consideración para cubrir el monto de Deducible, debiendo presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la erogación de dichos gastos.

Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

- En caso de no acudir con los Prestadores en Convenio (Hospital y Médicos), el Deducible y el Coaseguro, se aplicarán de acuerdo a las cantidades establecidas en la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos y el pago se realizará vía Pago por Reembolso.
- Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de menor Gama Hospitalaria a la contratada, se reducirán 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado, sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria, manteniendo el Tope de Coaseguro contratado.
- Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de mayor Gama Hospitalaria a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria de acuerdo a la siguiente tabla y sin aplicar Tope de Coaseguro:

	Nivel Hospitalario donde se atendió el Servicio Médico		
Nivel Hospitalario Contratado	Magno	Superior	Básico
Magno	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado
Superior	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aplica Coaseguro contratado	Aplica coaseguro contratado
Básico	Aumento de 30 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Aplica coaseguro contratado

- Todos los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que no formen parte de los Prestadores en Convenio, se aumentarán 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado y no aplicar Tope de Coaseguro.

Siniestros iniciales

Los gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de póliza al momento del inicio de la obligación por parte de la Compañía. La obligación por parte de la Compañía inicia cuando el total de gastos procedentes rebasa el monto de Deducible contratado en ese momento.

Pagos Complementarios

Los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de póliza al momento de la erogación del gasto, siempre y cuando el Contratante no haya solicitado un cambio de Plan.

En caso de que el Contratante haya realizado un cambio de Plan, y este sea aprobado por parte de la Compañía, los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con la Gama Hospitalaria, Tabulador, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, coberturas adicionales y Endosos estipulados en la Póliza en la Vigencia que corresponde al momento la erogación del nuevo gasto, considerando los cambios solicitados.

Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos médicos y hospitalarios hayan sido erogados dentro del territorio nacional y considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

27.1. Aplicación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada iniciará desde la fecha del gasto más antiguo Procedente ingresado a la Compañía para cada Accidente, Enfermedad cubierto, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

En caso de solicitar una nueva Suma Asegurada y esta haya sido aceptada por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, se aplicará la nueva Suma Asegurada estipulada en la Póliza en la vigencia que corresponde al momento de la erogación del nuevo gasto, descontando el monto erogado desde que se abrió el Siniestro en esta Compañía.

27.2. Aplicación de Deducible

Siniestro Inicial

El monto de Deducible se fija en el momento en el que los gastos rebasen el Deducible estipulado en la Póliza. Es decir, el Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto; y una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización y/o ajuste a menos que exista Cambio de Plan.

Pago de complementos

En caso de solicitar un cambio de Deducible y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, se reconocerá a cuenta de Deducible, el monto pagado por este concepto en dicha Póliza, es decir el Asegurado deberá cubrir el monto del nuevo Deducible y la Compañía tomará en consideración el monto aplicado por concepto de Deducible en la Póliza anterior, si el monto fuera

mayor no se reembolsará el monto por este concepto.

27.3. Aplicación de Coaseguro

Siniestro Inicial

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes en cada Siniestro cubierto hasta el Tope de Coaseguro, después de haber aplicado el Deducible contratado. Dicho porcentaje, así como el Tope de Coaseguro, están indicados en la carátula de póliza. El Tope de Coaseguro que aplicará será el vigente en el momento que el monto por este concepto sea rebasado.

Pago de complementos

Aplica Coaseguro hasta que el monto por este concepto rebase el Tope de Coaseguro vigente en ese momento.

En caso de solicitar un cambio de Coaseguro y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, se considerará a cuenta de Coaseguro lo aplicado previamente hasta que el monto por este concepto rebase el Tope de Coaseguro vigente en ese momento; en caso de que el Coaseguro aplicado en la Póliza anterior haya sido mayor, no se reembolsará la diferencia.

28. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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 de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

29. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta, conforme al artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta con los límites que la misma Ley establezca.

Siempre que se utilice el Pago por Reembolso el Asegurado ratifica que a su elección contrató por nombre y cuenta de la Compañía los proveedores de los servicios médicos tales como Hospitales, Clínicas o Sanatorios, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico, incluyendo aparatos y Prótesis que sean personas morales, hasta por los montos señalados en los Tabuladores y límites de cobertura de esta Póliza.

Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de la Compañía a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujeto a los Tabuladores y límites de cobertura de esta Póliza.

El Asegurado podrá hacer deducible de impuestos, en los términos y límites establecidos de la legislación fiscal, las cantidades que haya pagado en exceso de los límites de responsabilidad de la Compañía; o bien, de los gastos no cubiertos por la Póliza.

30. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad Preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que este a través de un Arbitraje privado decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de una Enfermedad Preexistente.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho Arbitraje, él mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del Arbitraje estará establecido por el Médico elegido por el Asegurado y por la Compañía quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado.

31. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus condiciones generales podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

- Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación.
- Acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

32. Responsabilidad de la Compañía

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir libre y voluntariamente el Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete o farmacia, así como los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto, brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, asume que la relación que establece con cualquiera de los Prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales Prestadores de servicios y él en su calidad de Asegurado, por lo que la Compañía no responderá de manera alguna por cualquier deficiencia o falla en la práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, que pueda surgir entre ellos.

33. Subrogación

La Compañía con fundamento en el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato Seguro, quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan al asegurado o beneficiario hasta el límite de los gastos erogados y pagados en afectación de esta póliza de seguro, contra los terceros en razón del siniestro, es decir, en contra de los causantes de las lesiones, Accidentes, Enfermedades que dieron origen a los gastos médicos y hospitalarios pagados por la Compañía.

La subrogación quedara perfeccionada con el simple pago que haga la Compañía de los gastos médicos y hospitalarios del asegurado, dicha subrogación incluye las acciones por responsabilidad civil tanto objetiva como subjetiva que pudieran corresponder al asegurado o beneficiario.

El derecho a la Subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el siniestro, o bien si es civilmente responsable del mismo.

34. Dividendos

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia de cada Contratante.

a) Experiencia Propia del Contratante

Se entiende por ésta cuando la Prima de la Colectividad Asegurada esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien, de las Pólizas que pertenezcan a la misma colectividad empresarial.

b) Sin Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Asegurados no participarán de la utilidad por concepto de siniestralidad favorable.

En caso de Seguro con Dividendo, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la renovación de la Póliza.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos, en relación al inciso "Recuperación de Dividendos por Siniestros ocurridos y no reportados" de este apartado.

a. Pago de Dividendos

a) Cálculo

Se otorgará un porcentaje de la Prima de Riesgo devengada menos los Siniestros ocurridos en forma anual vencida.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. Tal Dividendo será cubierto al Contratante quien tendrá obligación de enterar dicha aportación a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su participación al pago de la Prima.

El Cálculo de Dividendos dependerá de la Experiencia Propia del Contratante, para el Cálculo de la Prima. La determinación de los Dividendos a ser pagados se realizará conforme a lo siguiente:

1. Experiencia Propia del Contratante, al finalizar la Vigencia de la Póliza;

Durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima de Riesgo que corresponda por la celebración de este Contrato de Seguro, mismo que podrá variar de acuerdo a las altas y bajas y/o Modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su Vigencia. Para el Cálculo del Dividendo, se considerará la Prima de Riesgo que se tenga al final de la Vigencia anual.

b) Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la Vigencia de la Póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Una vez transcurridos 90 días naturales del fin de Vigencia de la Póliza, serán pagados los Dividendos que sean procedentes de acuerdo a lo pactado entre la Compañía y el Contratante.

Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de Vigencia de la Póliza. En el caso de Pólizas cuya Vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.

Para el caso en que el Asegurado participe en el pago de la Prima, únicamente se entregará el pago correspondiente de Dividendos una vez que el Contratante manifieste por escrito a la Compañía que no tiene pendiente por reportar Siniestros ocurridos.

En caso de Cancelación del Contrato de Seguro por falta de pago conforme a la cláusula de Primas de estas condiciones, no se entregará o repartirá Dividendo alguno.

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados

Si con posterioridad al pago correspondiente de Dividendos, se llegaran a presentar Siniestros o complementos posteriores a la fecha de entrega y que hubieran tenido lugar dentro de la Vigencia de la Póliza se procederá de la siguiente manera:

1. Si la Colectividad Asegurada renovó su Vigencia en la Compañía, a petición del Contratante, podrá llevarse a cabo el arrastre de pérdidas de la Vigencia anterior por Siniestros ocurridos y no reportados, en el Cálculo del Dividendo correspondiente al siguiente periodo.
2. En caso de reportarse Siniestros ocurridos durante la Vigencia del Contrato de Seguro no renovado con la Compañía, el Contratante se obliga a reingresar en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la cantidad que resulte de la diferencia entre los Dividendos pagados y los Siniestros realmente ocurridos.
3. En caso de que la siniestralidad supere el Dividendo pagado al Contratante, éste se obliga a reintegrar a la Compañía en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la totalidad del Dividendo pagado, en caso de que la siniestralidad supere el monto del Dividendo otorgado, la Compañía absorberá el pago de los Siniestros que hubieren ocurrido dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro.

VII. Servicios de Asistencia (Proveedor de asistencia)

I. Definiciones

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 proveedor de asistencia

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del proveedor de asistencia a un Beneficiario.

c. Familia Asegurada

Asegurados que estén dados de Alta en la Póliza.

d. Invitado de la Familia Asegurada

Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado y que haya sido invitada por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.

e. Personal Doméstico

Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado y que hayan sido contratados por algún miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes a la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia.

f. Representante

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

g. Servicios de Asistencia

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

h. 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.

i. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en este apartado, se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

j. 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.

k. País de Residencia

Para fines de este Contrato de Seguro, República Mexicana.

l. Residencia Permanente (Domicilio)

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

II. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza

Tu médico 24 horas

a. Asistencia Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos del proveedor de asistencia le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación al uso de Medicamentos 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 del proveedor de asistencia no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para Programar el envío de una Ambulancia terrestre.

b. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

El proveedor de asistencia gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano, si el equipo médico del proveedor de asistencia considera necesaria su Hospitalización y realizará el traslado utilizando los medios más adecuados.

También se cubrirán los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el equipo de médicos del proveedor de asistencia.

Este servicio está limitado a 2 (dos) eventos gratuitos durante la Vigencia de la Póliza y está sujeta su

disponibilidad en la localidad que corresponda.

c. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

A solicitud del Beneficiario, el proveedor de asistencia gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo. Sin límite de eventos dentro de la vigencia de la Póliza.

El Asegurado pagará en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

El proveedor de asistencia proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en los demás lugares, el proveedor de asistencia hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

A solicitud del Asegurado, el Prestador de Servicios de Asistencia gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo, aplica un copago por atención.

d. Asistencia nutricional telefónica

El proveedor de asistencia otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado con nutriólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada. Pasado dicho tiempo se le recomendará al Beneficiario consultar a un nutriólogo personalmente.

e. Asistencia psicológica telefónica

El proveedor de asistencia otorgará orientación psicológica telefónica para el beneficiario a través del centro de atención telefónica con psicólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada. Pasado dicho tiempo se le recomendará al Beneficiario consultar a un Psicólogo personalmente.

III. 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 el proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia, 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 del proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia 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 al proveedor de asistencia

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo del proveedor de

asistencia, y sólo 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, el proveedor de asistencia 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 Pago por 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 al proveedor de asistencia

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una Ambulancia terrestre sin previa notificación a el proveedor de asistencia, 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, el proveedor de asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

Hospitalización sin previa notificación a la Compañía de Asistencia

En caso de Accidente o Enfermedad que conduzca a la Hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar con la central de alarma de la Compañía de Asistencia a más tardar dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al Accidente o inicio de la Enfermedad.

A falta de dicha notificación, la Compañía de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

d. Solicitud en caso de Traslado Médico y Repatriación

En los casos de Traslado Médico o Repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

- El nombre, domicilio y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
- El nombre, domicilio y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia 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 por causas imputables al Beneficiario, éste perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.**

En cada caso, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia decidirá junto con el Médico tratante cuándo sea el momento más apropiado para el traslado o repatriación y determinará las fechas y los medios más adecuados para éstos.

En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por la Compañía de Asistencia, el Beneficiario si está a su alcance, deberá entregar a la Compañía de Asistencia la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si hay lugar, la Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

IV. 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 el proveedor de asistencia 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 el proveedor de asistencia con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; el proveedor de asistencia y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

d. Subrogación

El proveedor de asistencia 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.

V. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.
- II. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.
- III. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne el proveedor de asistencia
- IV. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.
- V. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de asistencia.
- VI. Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.
- VII. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:
 - a. La participación directa del Beneficiario 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.
 - b. Enfermedad o Accidente imputable 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 las buenas costumbres.
 - i. Traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios 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. Lesiones o Enfermedades menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia conforme la prescripción del Médico tratante.
 - q. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
 - r. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
 - 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.

VIII. Artículos citados en las Condiciones Generales

Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;

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

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

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

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

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

Artículo 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de 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 éste efectúe dicho remate.

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

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8

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

Artículo 9

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario

Artículo 25

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40

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.

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.

Artículo 52

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

Artículo 53

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 54

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.

Artículo 69

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si 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.

Artículo 71

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I.- En 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.

Artículo 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 171

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.

Artículo 172

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- 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;
- 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;
- 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
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta 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.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 bis

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:

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;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

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 responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

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.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

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.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 70

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.

Artículo 71

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.

Artículo 72 Bis

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.

Ley Monetaria

Artículo 8

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 ésta, 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 sólo 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.

Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17

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.

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.

Artículo 18

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.

Artículo 19

En los Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

En la operación de Accidentes y Enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

IX. Significado de Abreviaturas

- CAME: Cobertura de Atención Médica en el Extranjero.
- GMM: Gastos Médicos Mayores.
- USD/US: Dólares.
- M.N.: Moneda Nacional.
- N/A: No Aplica.
- Max.: Máximo.
- Hrs: Horas.
- Art.: Artículo.
- C.P.: Código Postal.
- DSM: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder.
- FDA: Food and Drug Administration.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual
- UNE: Unidad Especializada de Atención a Clientes.
- Condusef: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- Cofepris: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

X. 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 5 de junio de 2023, con el número PPAQ-S0048-0014-2023/CONDUSEF-006054-02.



Llámanos sin costo
800 911 9999
axa.mx