



Gastos Médicos Mayores



**La protección
que evoluciona
conmigo**

Flex Plus®

Condiciones Generales

ÍNDICE

I. Definiciones

1. Accidente
2. Aparatos Ortopédicos
3. Asegurado(a)
4. Asegurado(a) Titular
5. Auxiliares Médicos Mecánicos
6. Coaseguro
7. Compañía
8. Complicaciones del Embarazo
9. Consulta
10. Contratante
11. Contrato de Seguro o Póliza
12. Deducible
13. Endoso
14. Enfermedad o Padecimiento
15. Evento Médico
16. Fecha de Alta
17. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)
18. Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo (Antigüedad en AXA)
19. Fecha de Antigüedad en AXA Individual (Antigüedad en AXA Individual)
20. Fecha de antigüedad de continuidad garantizada.
21. Fractura
22. Gama Hospitalaria
23. Hospital, Clínica o Sanatorio
24. Hospitalización
25. Madre Asegurada
26. Madre Biológica
27. Maternidad Subrogada
28. Medicamento
29. Medicina Alternativa y Complementaria
30. Médico
31. Mujer Gestante
32. Padecimiento Congénito
33. Padecimiento Genético
34. Padecimientos Preexistentes
35. Pago Directo
36. Pago por Reembolso
37. Periodo de Espera
38. Periodo de Pago de Siniestro
39. Politraumatismo
40. Prestadores en Convenio
41. Programación de Servicios
42. Prótesis
43. Reducción o eliminación de Periodos de Espera
44. Reproducción Asistida
45. Siniestro
46. Solicitud de Seguro
47. Suma Asegurada
48. Tabulador Médico
49. Tratamiento o Terapia
50. Tratamientos Experimentales
51. Emergencia Médica
52. Vigencia

II. Objeto del seguro

III. Cobertura Básica

a) Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios Médicos
2. Gastos Hospitalarios
 - a) Habitación privada estándar.
 - b) Alimentos
 - c) Estudios de laboratorio y gabinete.
 - d) Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva intermedia o cuidados coronarios.
 - e) Trasfusiones de Sangre.
 - f) Medicamentos.
 - g) Equipo de Anestesia y Material Médico.
 - h) Gastos del Acompañante.
 - i) Atención general de Enfermería.
3. Cuidados en casa
 - a) Enfermería.
 - b) Consumo de oxígeno medicinal.
 - c) Equipo tipo Hospital.
4. Terapias de Rehabilitación
5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia
6. Cirugía Reconstructiva
7. Trasplante de Órganos
8. Estudios de Laboratorio y Gabinete
9. Prótesis y Aparatos Ortopédicos
10. Equipo Médico
11. Auxiliares Médicos Mecánicos
12. Tratamiento Dental por Accidente
13. Práctica Amateur de Deportes
14. Ambulancia
15. Apoyo Psicológico
16. Medicina Alternativa

b) Gastos cubiertos con periodo de espera

1. Quedan amparados a partir de 10 (diez) meses
 - 1.1 Ayuda por Maternidad
 - 1.2 Complicaciones del Embarazo
 - 1.3 Cobertura del Recién Nacido
2. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses
3. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses
4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses
 - 4.1 VIH y SIDA
 - 4.2 Cirugía Bariátrica

c) Servicios de Asistencia Incluidos

1. Tu médico 24 horas

IV. Coberturas adicionales con costo

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)
2. Maternidad Extendida (MATE)
3. Preexistencias (PRE)
4. Deducible Cero por Accidente (DED0)
5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM)
6. Cobertura Nacional (CoNa)
7. Continuidad Garantizada (CONT)
8. Conversión Garantizada (CGAR)
9. Emergencia en el Extranjero (EMER)
10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)
11. Atención en el Extranjero (ATEX)

12. Cliente Distinguido (DIST)

a) Servicios de Asistencia adicionales con costo

1. Servicios de Asistencia en Viajes (SAV)

V. Exclusiones (Gastos no cubiertos)

VI. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro
2. Contrato de Seguro o Póliza
3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera
4. Deducible de Conversión Garantizada
5. Periodo de Beneficio
6. Periodo de Gracia
7. Periodo al Descubierto
8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones
9. Vigencia
10. Primas
11. Cancelación del Contrato
12. Extinción de Obligaciones
13. Revelación de Comisiones
14. Altas
15. Bajas
16. Cambio de Plan
17. Cambio de Producto
18. Examen Médico
19. Separación de Póliza
20. Renovación
21. Rehabilitación
22. Prescripción
23. Zona de Cobertura (Territorialidad)
24. Moneda
25. Omisiones o Inexactas Declaraciones
26. Agravación del Riesgo
27. Competencia
28. Edad
29. Siniestros
30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros
31. Interés Moratorio
32. Beneficios Fiscales
33. Arbitraje Médico
34. Entrega de la Documentación Contractual
35. Responsabilidad de la Compañía
36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assitance

VII. Artículos citados en las Condiciones Generales

VIII. Significado de Abreviaturas

IX. Registro

Gastos Médicos Mayores Flex Plus

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 requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al mismo.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán un mismo Siniestro.

Tratándose de lesiones de nariz, columna vertebral o rodilla, se considerarán Accidentes cuando sufra fractura, debiendo presentar radiografía, siempre y cuando el Asegurado de aviso a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la ocurrencia del Accidente, excepto nariz, el cual se mantiene en 90 (días).

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellos casos 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 que le dio origen.

2. Aparatos Ortopédicos

Cualquier aparato o aditamento mecánico que ayuda al correcto funcionamiento del sistema musculo esquelético.

3. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

4. Asegurado(a) Titular

Asegurado que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud de Seguro y que en adición al Contratante puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

5. Auxiliares Médicos Mecánicos

Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de los Asegurados que cursan una Enfermedad o Padecimiento o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud.

6. Coaseguro

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

Dicho porcentaje es elegido por el Contratante o Asegurado Titular y queda indicado en la carátula de póliza.

El Coaseguro aplica por Póliza, y no es reembolsable ni tampoco compensable.

7. Compañía

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

8. Complicaciones del Embarazo

Son aquellas que provocan Enfermedad o descompensación en el estado de salud de la Madre Asegurada como consecuencia del embarazo.

9. Consulta

Es la atención que brinda el Médico tratante en su consultorio o en el domicilio del Asegurado y tiene la finalidad de evaluarlo clínicamente a fin de establecer un diagnóstico y Tratamiento.

El Médico tratante debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente médico de acuerdo a 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) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud de Seguro y cuestionario anexo.
- b) La carátula de póliza.
- c) Condiciones Generales.
- d) Endosos.
- e) Tabulador Médico.
- f) Folleto derechos básicos del Asegurado.
- g) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, hayan requisitado a solicitud de la Compañía.

12. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la carátula de póliza el cual aplicará para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto, comienza la obligación de pago a cargo de la Compañía, hasta por la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante o Asegurado Titular.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

13. Emergencia Médica

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

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

14. 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 y especiales aplicables en todo aquello en que se contrapongan.

15. Enfermedad o Padecimiento

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.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad o Padecimiento.

16. Evento Médico

Momento en que se utiliza algún servicio médico y/o terapéutico como consecuencia de un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

17. Fecha de Alta

Fecha a partir de la cual el Asegurado contrata por primera vez este producto y comienza a formar parte de este Contrato de Seguro.

Para el caso de las coberturas adicionales con costo, la Fecha de Alta es la fecha a partir de la cual el Asegurado o Contratante contrata por primera vez la cobertura.

18. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos con otra compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra estipulada en la carátula de póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

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

19. Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo (Antigüedad en AXA)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado, de acuerdo con las políticas de aceptación vigentes, al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo en esta Compañía. Dicha fecha se encuentra estipulada en la carátula de póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

20. Fecha de Antigüedad en AXA Individual (Antigüedad en AXA Individual)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado, de acuerdo con las políticas de aceptación vigentes, al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar en esta Compañía. Dicha fecha se encuentra estipulada en la carátula de póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

21. Fecha de antigüedad de continuidad garantizada.

Es la fecha a partir de la cual se encuentra cubierto en una póliza de AXA Colectivo; esta fecha solo aplicará para el beneficio de Continuidad Garantizada.

22. Fractura

Es cuando existe una solución de continuidad en la estructura de cualquier tejido óseo.

23. Gama Hospitalaria

Hospitales, Clínicas o Sanatorios con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles que el Contratante o Asegurado Titular selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o Tratamiento médico. Existen 3 (tres) Gamas Hospitalarias las cuales se muestran a continuación en orden y jerarquía descendente: Diamante, Esmeralda y Zafiro.

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

La Compañía podrá cambiar o modificar sin previo aviso el Hospital, Clínica o Sanatorio de una Gama Hospitalaria a otra. 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.

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/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios>.

24. Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y tener la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente (Cofepris).

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

25. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicaamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto; 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 él, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables de paciente Asegurado.

26. Madre Asegurada

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

27. Madre Biológica

Mujer que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la Mujer Gestante.

28. Maternidad Subrogada

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

29. Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, Medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud y que además debe cumplir con cada uno de los siguientes puntos según corresponda.

En territorio nacional:

- Debe estar registrado como tal ante la Cofepris (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios).
- Debe de estar relacionado y autorizado para el diagnóstico derivado de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>.
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional de acuerdo con la página oficial: <http://economia.gob.mx/transparencia/transparencia-focalizada> establecidos en el documento denominado: "Precios Máximos de Medicamentos de Patente", los cuales deben contar con precio máximo al público.

En territorio extranjero:

- Presentar receta emitida por el Médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe de estar relacionado con el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor en el extranjero que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>

30. Medicina Alternativa y Complementaria

Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar el Accidente, Enfermedad o Padecimiento y/o conservar la salud.

31. Médico

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

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

Es requisito indispensable que el (los) Médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto mediante la nota y firma respectiva en el expediente clínico.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el Tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

32. Mujer Gestante

Mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto, y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo.

33. Padecimiento Congénito

Enfermedad o Padecimiento con la que se nace y que se origina en el periodo que va desde la fecundación, durante el desarrollo del producto en el útero materno y hasta el momento de nacer.

34. Padecimiento Genético

Enfermedad o Padecimiento que resulta de una anormalidad en el número o la estructura de los cromosomas humanos.

35. Padecimientos Preexistentes

Se entenderá por Enfermedades o Padecimientos Preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

36. Pago Directo

Beneficio que la Compañía puede otorgar, mediante el cual la Compañía realiza previa valoración y autorización del pago al prestador, por la atención médica brindada al Asegurado, siempre que se trate de un Prestador en Convenio.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, Laboratorio, Gabinete o Farmacia con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

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

37. Pago por Reembolso

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

38. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de Alta 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.

Los Periodos de Espera solo pueden ser reducidos de acuerdo con la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

39. Periodo de Pago de Siniestro

Lapso elegido por el Asegurado al momento de la contratación de la Póliza, durante el cual la Compañía se compromete a pagar los gastos médicos y hospitalarios procedentes en que incurra el Asegurado, de acuerdo a las especificaciones del presente Contrato de Seguro.

El Periodo de Pago de Siniestro iniciará desde la fecha del primer gasto ingresado a la Compañía para cada Accidente cubierto, Enfermedad o Padecimiento que se trate y perdurará por el lapso elegido por el Asegurado estipulado en la carátula de póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

Para todos los efectos del presente contrato se entenderá como "fecha de primer gasto" el gasto más antiguo ingresado a la Compañía en que el Asegurado incurre para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. La fecha del primer gasto será aquella que aparezca en el recibo o factura más antigua ingresada a la Compañía que el Asegurado o la Compañía hayan pagado para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

40. Politraumatismo

Conjunto de lesiones producidas en forma simultánea a causa de un mismo Accidente.

Se entiende por Politraumatismo a:

- a. Traumatismo craneoencefálico II/III.
- b. Hemorragias internas y daño en órganos del tórax y/o abdomen, por trauma contuso o penetrante.
- c. Fractura en tres huesos distintos de diferente región anatómica.

Tales Politraumatismos deberán ser originados en un mismo Evento Médico.

41. 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. Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Prestadores en Convenio con quien desea atenderse, 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 Pago por Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

42. Programación de Servicios

Beneficio que la Compañía puede otorgar previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico, mediante el cual se valora la procedencia de los servicios médicos de acuerdo a las Condiciones Generales, previa autorización y valoración por parte de la Compañía.

43. Prótesis

Es una pieza que sustituye una parte del esqueleto o de un órgano, por una pieza, injerto, tejido o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir.

44. Reducción o eliminación de Periodos de Espera

Es el beneficio por el cual la Compañía reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra compañía, únicamente para efectos de la eliminación o Reducción de los Periodos de Espera descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

45. Reproducción Asistida

Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la Maternidad Subrogada.

46. Siniestro

Una vez teniendo un diagnóstico médico definitivo se considerará un Siniestro y es la suma de los gastos erogados procedentes durante la Vigencia de esta Póliza derivados por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por estas Condiciones Generales.

47. Solicitud de Seguro

Documento que comprende la voluntad de una persona para adquirir este seguro que con la aceptación de la Compañía se convierte en Contratante y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo. Este documento forma parte del Contrato de Seguro.

48. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de póliza.

49. Tabulador Médico

Listado de los montos de Honorarios Médicos que la Compañía cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Este Tabulador Médico establece el monto máximo a pagar por la Compañía para el Médico Tratante.

Para el resto de los honorarios se determinaran en base a lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos numeral 1. Honorarios Médicos.

El Tabulador Médico es seleccionado libremente por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación; el nombre del Tabulador Médico contratado se encuentra especificado en la carátula de póliza.

El listado correspondiente puede consultarse en el documento “Tabuladores Médicos”, que se encuentra publicado en la página de internet axa.mx en el siguiente link: <https://axa.mx/web/seguro-de-salud/flex-plus>.

50. Tratamiento o Terapia

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos, radioterapéuticos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

51. Tratamientos Experimentales

Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos controlados y que aún no se consideran Tratamientos estándar para su uso de manera generalizada por todos los Médicos. Dichos Tratamientos están clasificados en 4 fases y al finalizar todas las fases deberán tener permisos de las siguientes autoridades: la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América, y en caso de Tratamientos oncológicos, la National Comprehensive Cancer Network la cual incluye protocolos médicos Experimentales.

52. Vigencia

Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la carátula de póliza, 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, estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en esta Póliza, siempre que los gastos hayan sido erogados dentro del territorio nacional.

La Programación de Cirugía y Pago Directo es un beneficio que otorga la Compañía previa autorización.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales con costo que el Contratante o Asegurado Titular puede contratar a su elección, las cuales se especifican en la carátula de póliza y estarán sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este Contrato de Seguro.

III. Cobertura Básica

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicaamente necesarios prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

Se cubren los gastos correspondientes por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto hasta agotar la Suma Asegurada o Periodo de Pago de Siniestro contratado, lo que ocurra primero, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza.

a) Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios Médicos

Los Honorarios Médicos se pagarán de acuerdo a los montos establecidos en el Tabulador Médicos contratado. Lo anterior es aplicable tanto a los Prestadores en Convenio como aquellos prestadores que no tengan convenio con la Compañía.

El exceso no se será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

Se cubrirán los honorarios derivados de las atenciones prestadas por un Médico al Asegurado por:

a) Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica.

Los Honorarios Médicos serán cubiertos con base al Tabulador Médico contratado.

b) Honorarios Médicos con intervención quirúrgica.

En caso de intervención quirúrgica, los Honorarios Médicos serán cubiertos de acuerdo al Tabulador Médico contratado, y con base en la siguiente tabla:

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

Para el caso del Segundo ayudante, únicamente se pagarán los Honorarios Médicos en caso de tener una Cirugía abierta, Trasplante de órganos y procedimientos cardiovasculares.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor que resulte entre los Tabuladores Médicos de cada procedimiento, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del Asegurado, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% (cien por ciento) para la intervención que tenga el valor más alto, 50% (cincuenta por ciento) de la siguiente.

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado con Politraumatismos, para el pago de los Honorarios Médicos se seguirá el procedimiento anterior; sin embargo, si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% (cien por ciento) según el Tabulador Médico contratado.

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, ambas se considerarán como una misma; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en el Tabulador Médico se valuará por similitud a los comprendidos en ella.

2. Gastos Hospitalarios

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

- j) **Habitación privada estándar** con baño.
- k) **Alimentos:** serán cubiertos los gastos por alimentos suministrados al Asegurado afectado.
- l) **Estudios de laboratorio y gabinete** prescritos por el Médico tratante y relacionados al Accidente, Enfermedad o Padecimientos cubierto que se trate.
- m) Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva intermedia o cuidados coronarios.
- n) **Trasfusiones de Sangre:** quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y suero, así como las pruebas de compatibilidad de los donantes definitivos.
- o) **Medicamentos:** quedan cubiertos los Medicamentos administrados al Asegurado afectado en el Hospital, Clínica o Sanatorio siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sea prescritos por los Médicos tratantes y que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Para el caso de cáncer, los Tratamientos cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network. En este supuesto el Asegurado podrá solicitar las referidas Guías llamando a la Compañía al número telefónico 01800 2922273.

- p) **Equipo de Anestesia y Material Médico** necesario para la atención del Asegurado.
- q) **Gastos del Acompañante:** se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.
- r) Atención general de **Enfermería**.

3. Cuidados en casa

Quedan cubiertos los gastos derivados de los siguientes Cuidados en Casa:

- d) **Enfermería:** quedan cubiertos los honorarios de enfermería, que bajo prescripción del Médico tratante y justificación médica, sean necesarios para la convalecencia y/o administración de Medicamentos de alta especialidad, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral domiciliaria; lo antes descrito se pagará por un periodo máximo de 30 (treinta) días continuos o 720 (setecientas veinte) horas en periodos discontinuos, lo que ocurra primero por cada Siniestro

El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador Médico contratado.

A juicio de la Compañía este periodo se podrá extender por 30 (treinta) días más, siempre y cuando se encuentre médica y justificado, sea programado y autorizado por esta Compañía.

- e) **Consumo de oxígeno medicinal:** quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, mediante una receta médica vigente, 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, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

f) **Equipo tipo Hospital:** Se cubren los gastos del Equipo Tipo Hospital para la recuperación en casa o el Tratamiento domiciliario de cualquier mobiliario, material, maquinaria o herramienta que resulte indispensable para continuar la atención del Asegurado en su domicilio, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, cumpliendo con las características funcionales solicitadas por el Médico tratante, 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 encontrará 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, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

4. Terapias de Rehabilitación

Quedan cubiertos los gastos por las siguientes Terapias de Rehabilitación, siempre y cuando sean medicamente necesarias para la recuperación de la salud del Asegurado como son: física, neurorehabilitación, hidroterapia, inhaloterapia y fisioterapia a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Sean indicadas por el Médico tratante quien canalizará al Asegurado con un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento 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 prescribe el tipo de Tratamiento y sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se deben de realizar en centros especializados certificados y sean proporcionados por personal que cuente con cédula de especialidad 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.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho Tratamiento teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico contratado (dicho monto ya incluye los Honorarios Médicos).

La Compañía cubrirá cómo máximo las siguientes Terapias de rehabilitación:

- 30 (treinta) sesiones para músculo esquelético.
- 6 (seis) meses de sesiones para neurorehabilitación.
- 1 (un) año de sesiones para neurodesarrollo.

En caso de Terapias de Rehabilitación física, cuando la Compañía lo estime conveniente podrá solicitar la documentación que consideré necesaria para comprobar que dichas Terapias sean medicamente indispensables.

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 Quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la, COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios), FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América y el Tratamiento se encuentre indicado por la National Comprehensive Cancer Network, y que se encuentre indicado en el cáncer diagnosticado para el Asegurado. Lo anterior aplica aun sin haber

contratado la cobertura adicional con costo del apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

6. Cirugía Reconstructiva

Se cubren los gastos por Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente cubierto o en caso de tumores malignos primarios sobre la pirámide nasal, siempre y cuando sea médicaamente necesario.

Derivado del cáncer de glándulas mamarias se cubre la reconstrucción de ésta, siempre y cuando se haya cumplido con el Periodo de Espera que se especifica apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

7. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos del Asegurado receptor del trasplante y del donante definitivo, siempre y cuando se trate de un donador vivo.

En el caso del donador definitivo sólo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología, Hospitalización y Honorarios Médicos de acuerdo al Tabulador Médico contratado, únicamente durante el Evento Médico de donación o extracción del órgano.

En caso de trasplante cadavérico, para hígado, riñón, corazón, páncreas, pulmón y córnea, el Asegurado deberá de cumplir con la inscripción en el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (Cenatra).

Los trasplantes de órganos deben de estar apegados al protocolo de Trasplante del Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (Cenatra), no será necesario si el donador es un familiar del Asegurado.

Quedan cubiertos, de acuerdo a las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network, los trasplantes de célula madre para Tratamientos de leucemia, linfomas y Enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas Experimentales De acuerdo a la legislación mexicana, la donación de órganos, tejidos y células son altruistas por lo que la Compañía no cubre gastos derivados de compra de órganos, tejidos ni células.

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente y en caso de Enfermedad o Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la Vigencia de la Póliza y la Madre Asegurada haya tenido 10 (diez) meses de cobertura continua en esta Póliza.

8. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios pertenecientes a los Prestadores en Convenio, tendrán la misma Gama Hospitalaria que el Hospital, Clínica o Sanatorio en que se encuentren.

9. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o colocación de Prótesis y Aparatos Ortopédicos que se requieran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, no sean consideradas Experimentales y cuenten con aprobación previa del gasto por la Compañía tomando en cuenta:

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación de la Prótesis y Aparatos Ortopédicos. Si éste falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.

- Si la Prótesis y Aparatos Ortopédicos se encontrarán dañados 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.

Para el caso de marcapasos y bombas de infusión de insulina, se cubrirán los reemplazos, siempre y cuando cumpla las siguientes características:

- Que la primera colocación haya sido cubierta por la Compañía y,
- Cuando se haya concluido la vida útil del aparato, entendiendo por vida útil la especificada por el fabricante y las marcas se encuentren dentro de los Prestadores en Convenio siempre y cuando no sean consideradas Experimentales; y,
- Se encuentre dentro del Periodo de Pago de Siniestro contratado.

10. Equipo Médico

Quedan cubiertos los gastos originados por la colocación y el Equipo Médico que se requieran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, no sea considerada Experimental y cuenten con aprobación previa del gasto por la Compañía

Se cubren sólo una vez el Equipo Médico por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. **No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por cualquier causa de los mismos.**

Para efectos de esta cobertura se cubrirá el Equipo Médico únicamente lo que a continuación se menciona:

a) Equipo Médico Electrónico de Alta Especialidad

Son aquellos que tienen un generador (eléctrico/batería) que auxilan, suplen o ayudan al órgano o sistemas y estos se encuentran divididos en:

Internos

- Sistema nervioso central y órgano de los sentidos: estimuladores cerebrales profundos (enfermedad de Parkinson) y estimulación profunda a nivel cervical del vago epilepsia a estimulador de columna en caso de dolor intratable.
- Sistema cardiovascular: Marcapasos, marcapaso desfibrilador, auxiliares ventriculares internos/ externo y estimulación para vejiga neurogénicas.

Externos

- Sistema endocrino y metabólico: Bombas de insulina y narcóticos (sólo se paga una vez en la vida de la Póliza).
- Sistema cardiovascular: auxiliares ventriculares externos.

b) Material quirúrgico para de Osteosíntesis y cirugía articular

Es el material quirúrgico que se utiliza para procedimientos óseos y articulares: clavos, placas, tornillos, Prótesis totales articulares, Prótesis parciales articulares, espaciadores intervertebrales que se utilizan en los Tratamientos ortopédicos- traumáticos.

c) Material cardiovascular

Son aquellos materiales que sustituyen la función de órganos, aparatos o sistema cardiaco y vascular: válvulas cardíacas, TAVR, injertos vasculares, injertos endovasculares, stents, y materiales utilizado para reparar lesiones cardíacas.

d) Material oftálmico:

Lente intraocular para catarata.

e) Implante coclear:

Sólo para niños nacidos en una póliza de AXA y adultos que hayan perdido el oído durante la vigencia de éste Contrato de Seguro o en caso de tener contratado la Cobertura Adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST) numeral 12.6. Cirugía por Miopía.

f) Otros:

Mallas quirúrgicas y grapas quirúrgicas. ECMO sólo se cubre en procedimientos de cirugía cardiovascular.

11. Auxiliares Médicos Mecánicos

Se cubre los Auxiliares Médicos Mecánicos de acuerdo al Tabulador Médico contratado, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Los Auxiliares Médicos Mecánicos cubiertos son: muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, collarines y férulas.

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación los Auxiliares Médicos Mecánicos. Si éstos fallan antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si los Auxiliares Médicos Mecánicos se encontraran dañados 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 Auxiliar Médico Mecánico durante el tiempo que lo requiera, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por cualquier causa.

12. 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, 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.

13. 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 o beneficios materiales a cambio de dicha práctica. Se incluyen deportes peligrosos, **excepto lo estipulado en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) inciso 34.**

14. 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, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

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 para el traslado hacia el destino elegido

Además de lo anterior, la Ambulancia aérea no quedará cubierta cuando:

- a) El Asegurado no tenga confirmada su reservación del Hospital, Clínica o Sanatorio y de ambulancia terrestre en el destino.

b) Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el helipuerto.

La Ambulancia Aérea solo se cubrirá por pago por Reembolso.

15. Apoyo Psicológico

Se cubren como máximo 10 (diez) Consultas psiquiátrica o psicológico cuando a juicio del Médico tratante sean necesarias, únicamente para los siguientes conceptos:

- a) Víctima de robo con violencia.
- b) Víctima de secuestro.
- c) Víctima de violación.
- d) Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- e) Amputación de una extremidad completa.
- f) Las siguientes Enfermedades o Padecimientos, Tratamiento o procedimiento:
 - Cáncer en fase terminal.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Cirugía de las coronarias: operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.
 - Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass, o exista daño neurológico irreversible.
 - VIH o SIDA.
 - Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades o Padecimientos cubierto.
 - Trasplante de órganos mayores.
 - Accidente de columna cuando se determine sección medular total o parcial.

Para esta cobertura no se cubren los Medicamentos, aun cuando se tenga contratada la cobertura de Medicamentos Fuera del Hospital.

Las consultas se cubrirán de acuerdo al Tabulador Médico contratado.

Para el pago de las Consultas, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho Tratamiento, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico contratado.

16. Medicina Alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por Tratamientos de acupuntura para Clínica del dolor, así como los honorarios de homeópatas y quiroprácticos que cuenten con cédula profesional y que sean prescritos por el Médico tratante.

b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los Eventos Médicos que a continuación se mencionan, una vez que se haya cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta agotar la Suma Asegurada contratada, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza.

Dicho Periodo de Espera no aplica en caso de Accidente o Emergencia Médica.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Alta en esta Póliza o la Fecha de Antigüedad que aplique en cada caso de acuerdo a lo establecido más adelante para cada Periodo de Espera, siempre y cuando esta Póliza se encuentre en vigor y de acuerdo con las condiciones contratadas.

1. Quedan amparados a partir de 10 (diez) meses

1.1 Ayuda por Maternidad

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada al momento del parto o cesárea tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad en AXA Individual en un plan con esta cobertura contratada.

Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de ningún tipo de antigüedad diverso al señalado en el párrafo anterior.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- a) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
- b) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.**
- c) Exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**

1.2 Complicaciones del Embarazo

Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes Complicaciones del Embarazo, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad en AXA Individual en un plan con esta cobertura contratada, a la fecha en que se presente la complicación:

- 1) Embarazo extrauterino.
- 2) Embarazo molar.
- 3) Los estados de fiebre puerperal.
- 4) Los estados de eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo.
- 5) Placenta acreta.
- 6) Placenta previa.
- 7) Atonía uterina.
- 8) Óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido.
- 9) Diabetes gestacional.
- 10) Cerclaje.
- 11) Purpura trombocitopenica.

Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de ningún tipo de antigüedad diverso al señalado en el párrafo anterior.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- a) Aborto.**
- b) Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente mencionadas en esta cobertura.**
- c) Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el Recién Nacido, ni tampoco a los que presente la Madre Asegurada.**

- d) No se cubren Enfermedades y procedimientos en el feto.
- e) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
- f) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.
- g) Exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

1.3 Cobertura del Recién Nacido

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los Tratamientos médicos y quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro, Padecimientos Genéticos, Padecimientos Congénitos incluyendo implante coclear y circuncisión únicamente por fimosis, así como Accidentes, Enfermedades o Padecimientos 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 en la presente Póliza o de Antigüedad en AXA Individual
- 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).

Si la Madre Asegurada cumple con los 2 (dos) puntos anteriores, el Recién Nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada sin pasar por el proceso de selección médica, quedando asegurado desde su fecha de nacimiento.

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente y en caso de Enfermedad o Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando cumpla con los 2 (dos) puntos anteriores.

En caso de no cubrir con alguno de los 2 (dos) puntos anteriores, deberá de solicitar el Alta de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones Generales, debiendo entregar solicitud de seguro requisitada y firmada pasando por el proceso de selección

Padecimientos Congénitos y Padecimientos Genéticos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza o donde la Madre Asegurada no cumpla con el Periodo de Espera establecido o datos de alta posterior a los 30 (treinta) días naturales de su nacimiento.

Tratándose de padecimientos Congénitos y/o Genéticos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza o donde la Madre Asegurada no cumpla con el Periodo de Espera establecido o datos de alta posterior a los 30 (treinta) días naturales de su nacimiento:

- a) Se cubren los Padecimientos Congénitos a partir del Alta del Asegurado, siempre y cuando hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza.
- b) Se cubren los Padecimientos Genéticos, a partir de 5 (cinco) años de Edad, siempre y cuando hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza.

No se cubren las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

2. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses

Se cubren, a partir de 12 (doce) meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad Reconocida o Antigüedad en AXA o Antigüedad en AXA Individual del Asegurado afectado, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

- 2.1 Padecimientos de columna vertebral, **excepto hernias de disco.**
- 2.2 Padecimientos en vías urinarias incluyendo cálculos en vías urinarias.
- 2.3 Cualquier Padecimiento de la vesícula y vías biliares, incluyendo cálculos, disquinesia, tumores y colangitis.
- 2.4 Padecimientos ginecológicos.
- 2.5 Padecimientos de glándulas mamarias incluyendo cáncer.
- 2.6 Padecimientos del piso pélvico.
- 2.7 Endometriosis que no esté relacionada con la esterilidad.
- 2.8 Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.
- 2.9 Padecimientos de rodilla.
- 2.10 Enfermedades ácido pépticas o de reflujo gastroesofágico

Para el caso de un Recién Nacido, nacido dentro de esta Póliza, la Madre Asegurada deberá de cumplir con el Periodo de Espera de 12 (doce) meses, para que los gastos puedan ser cubiertos, **en caso de no cumplir con el Periodo de Espera antes citado, no podrán ser cubiertos los gastos del Recién Nacido.**

3. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses

Se cubren, a partir de 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua en la presente Póliza o Antigüedad Reconocida o Antigüedad en AXA o Antigüedad en AXA Individual del Asegurado afectado, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

- 3.1 Desviación septal y senos paranasales.
- 3.2 Hemorroides y enfermedades ano rectales.
- 3.3 Amígdalas y adenoides.
- 3.4 Hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protusiones discales.
- 3.5 Circuncisión para Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o donde la Madre Asegurada no cumpla con el Periodo de Espera establecido o dados de alta posterior a los 30 (treinta) días naturales de su nacimiento, se cubre únicamente por fimosis.
- 3.6 Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.
- 3.7 Cirugía para corrección de cataratas (incluyendo lente intraocular).

Para el caso de un Recién Nacido, nacido dentro de esta Póliza, la Madre Asegurada deberá de cumplir con el Periodo de Espera de 24 (veinticuatro) meses, para que los gastos puedan ser cubiertos, **en caso de no cumplir con el Periodo de Espera antes citado, no podrán ser cubiertos los gastos del Recién Nacido.**

4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses

Se cubren, a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua en la presente Póliza, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos de:

4.1 VIH y SIDA

Se cubren los gastos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando se haya detectado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses; es decir, deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera ya mencionado.

Se podrá reconocer la Antigüedad en AXA Individual para Reducción de Periodos de Espera de esta cobertura, siempre y cuando, el Asegurado haya tenido contratada esta cobertura de manera ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.

Para el caso de un Recién Nacido, nacido dentro de esta Póliza, la Madre Asegurada deberá de cumplir con el Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses, para que los gastos puedan ser cubierto, **en caso de no cumplir con el Periodo de Espera antes citado, no podrán ser cubiertos los gastos del Recién Nacido.**

No se cubren las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

4.2 Cirugía Bariátrica

Se cubren los gastos una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses, por única ocasión y solo respecto de uno de los siguientes procedimientos de Cirugía Bariátrica:

- Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica)
- Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band)
- Bypass (puente) gástrico
- Switch duodenal

Para el cuidado post-operatorio se cubre durante 1 (un) año la siguiente suplementación:

- Calcio
- Vitamina D
- Ácido fólico
- Vitamina B12
- Hierro

Lo anterior, siempre y cuando, el Asegurado cumpla con los 4 (cuatro) siguientes requisitos:

- Tenga más de 40% (cuarenta por ciento) de índice de masa corporal (IMC) y,
- Sea menor de 40 (cuarenta) años y,
- Sea diagnosticado con obesidad mórbida y/o Diabetes Mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y/o discapacidad grave y minusvalía a causa del exceso de peso y,
- Sea la primera Cirugía Bariátrica en la vida del Asegurado.

Para esta cobertura aplica únicamente con los Prestadores en Convenio.

No se cubren Consultas pre y post operatorias.

En ningún otro caso se cubrirán los Procedimientos enlistados anteriormente.

Para la cobertura de este Procedimiento no aplica Reconocimiento de Antigüedad de ningún tipo.

No se cubren las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

c) Servicios de Asistencia Incluidos

1. Tu médico 24 horas

a. Asistencia Médica Telefónica

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

- Utilización de Medicamentos.
- Molestias que le aquejen.

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

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

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

AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo a lo establecido en este Contrato de Seguro.

b. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial de \$250 (doscientos cincuenta) pesos M.N. en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

c. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

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

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el equipo de médicos de AXA Assistance.

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.

d. Asistencia nutricional telefónica

AXA Assistance otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado a través del centro de atención telefónica 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 Psicólogo personalmente; sin embargo, cuando se trate de un caso que así lo requiera, la llamada podrá superar los 15 (quince) minutos.

e. Asistencia psicológica telefónica

AXA Assistance 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; sin embargo, cuando se trate de un caso que así lo requiera, la llamada podrá superar los 15 (quince) minutos.

Para todos los casos aplica lo especificado en la cláusula 36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance.

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

IV. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo y a partir de la Fecha de Alta de las coberturas, quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicaamente necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad; siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante o Asegurado Titular.

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

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta se cubre únicamente en territorio nacional y mediante el Pago por Reembolso, los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumplan con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sea prescrito por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

Para el caso de cáncer, los Tratamientos estándar cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network. En este supuesto el Asegurado podrá solicitar las referidas Guías llamando a la Compañía al número telefónico 01800 2922273.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada es la contratada y estipulada en la carátula de póliza.
- b) Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.
- c) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Exclusiones particulares:

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- b) Para esta cobertura no se podrá contratar el Periodo de Pago de Siniestro de 4 (cuatro) meses.
- c) Por ningún motivo se cubrirán Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado o Asegurado Titular, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos en territorio nacional para este fin.
- d) Medicamentos en territorio Extranjero.

2. Maternidad Extendida (MATE)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta de la misma, la Compañía sustituirá la Suma Asegurada de la cobertura de Ayuda por Maternidad básica.

Esta cobertura aplicará siempre y cuando la Madre Asegurada cumpla con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua al momento del parto o cesárea con esta cobertura.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada es indemnizatoria y se encuentra indicada en la carátula de póliza para esta cobertura, y no aplicará Deducible, ni Coaseguro.
- b) La Suma Asegurada que aplicará será la menor de los últimos 10 (diez) meses contados a partir de la fecha del evento del parto o cesárea

Nota: en ningún caso se cubrirán gastos adicionales al importe señalado en la carátula de póliza. La Suma Asegurada no es acumulable con la cobertura de Ayuda por Maternidad.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de Tratamiento:

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- b) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
- c) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.
- d) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

3. Preexistencias (PRE)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía cubrirá los gastos por Padecimientos Preexistentes en los términos de estas Condiciones Generales, aplicando los siguientes límites y condiciones establecidos:

a) Preexistencia declarada:

Después de 2 (dos) años de cobertura continua en la presente Póliza y con esta cobertura contratada en esta Compañía, quedan cubiertos los gastos por los Padecimientos Preexistentes amparables en esta cobertura que hayan sido declarados por el Asegurado en la solicitud de este contrato, siempre y cuando durante dicho periodo no reciba tratamiento, ni presente síntomas y/o signos, ni haya erogado gastos para la atención del mismo.

b) Preexistencia no declarada:

Después de 5 (cinco) años de cobertura continua en la presente Póliza y con esta cobertura contratada en esta Compañía, quedan cubiertos los gastos por los Padecimientos Preexistentes amparables en esta cobertura que no hayan sido declarados por el Asegurado en la solicitud de este contrato. Estos gastos se cubrirán, siempre y cuando durante dicho periodo no se haya presentado síntomas y/o signos, ni reciba tratamiento, ni haya erogado gastos para la atención del mismo.

Una vez transcurridos los periodos de espera señalados en los párrafos anteriores, el Asegurado podrá solicitar la aplicación de esta cobertura.

Se podrá reconocer la Antigüedad de AXA Individual para reducción de periodos de espera de esta cobertura, siempre y cuando, el Asegurado haya tenido contratada esta cobertura de manera ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) En caso de Preexistencia Declarada aplicará la Suma Asegurada para la Cobertura Básica, estipulada en la carátula de póliza. Los gastos contabilizan para el agotamiento de la Suma Asegurada básica.
- b) La Suma Asegurada para Preexistencia no declarada será:

Antigüedad con esta cobertura:	Suma Asegurada
5 - 9 años	\$400,000
10 años en adelante	\$800,000

- c) Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

- a) Queda excluido todo tipo de gasto erogado como consecuencia de un Padecimiento Preexistente antes de cumplirse el Periodo de Espera.
- b) Los gastos que sean complementarios de un siniestro reclamado en otras Pólizas de seguro de otras compañías dentro del periodo de espera.
- c) Los siguientes Padecimientos Preexistentes:
 - I. Enfermedades crónicas y degenerativas, como: Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple, artritis reumátide, lupus eritematoso, hipertensión, espondilitis anquilosante, enfermedades reumáticas o autoinmunes. Estas enfermedades son enunciativas más no limitativas.
 - II. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
 - III. Padecimientos oncológicos.
 - IV. Padecimientos neurológicos.
 - V. Padecimientos cardíacos, Accidentes Vasculares Cerebrales.
 - VI. Padecimientos reumáticos y/o autoinmunes
 - VII. Cualquier Padecimiento o tratamiento que requiera de un trasplante de órgano y las consecuencias del mismo.
- d) Padecimientos Preexistentes estipulados en los Endosos de exclusión de esta Póliza en caso de existir.
- e) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- f) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

4. Deducible Cero por Accidente (DED0)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta y de acuerdo a la definición de Accidente de estas Condiciones Generales, la Compañía exenta al Asegurado

del pago del Deducible en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$2,000 (dos mil pesos).

En caso de Accidente cubierto se modifica la **cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible de estas Condiciones Generales**, a quedar como sigue:

- a) A los gastos cubiertos se descontará, únicamente la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y al tope de Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.
- b) El Coaseguro y los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Accidente cubierto.

En caso de cancelar esta cobertura y presentar pago de complementos del Accidente, se cobrará el Deducible vigente.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Exclusiones particulares:

- a) **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b) **En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.**

5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, la Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos médicos erogados a partir de cualquier Emergencia Médica por las complicaciones de los Tratamientos de los siguientes conceptos:

- a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.
- c) Procedimientos terapéuticos o Tratamientos para control de fertilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual.
- d) Procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

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

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada para ésta cobertura es de \$600,000 M.N.
- b) Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

- a) **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b) **En caso de no existir una Emergencia Médica prevalecerán las condiciones de la cobertura básica, misma que excluye los conceptos citados con anterioridad.**
- c) **En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja**

sin efecto esta cobertura.

6. Cobertura Nacional (CoNa)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, el Asegurado podrá recibir atención médica en cualquier parte del territorio nacional (dentro de la República Mexicana), aplicando las condiciones y límites contratados en la Póliza, eliminando el aumento de Coaseguro establecido en la **cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.**

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) Aplica la Suma Asegurada de la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza.
- b) Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.
- c) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Exclusiones particulares:

- a) Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.
- b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.

7. Continuidad Garantizada (CONT)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, la Compañía reconocerá los Padecimientos que hayan sido diagnosticados o pagados a partir del alta del Asegurado en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo de esta Compañía, siempre y cuando se cumpla:

- El Asegurado haya estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en la Póliza colectiva y; no haya sido agotada la Suma Asegurada de la Póliza colectiva y;
- No hayan transcurrido más de 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la baja del Asegurado de la póliza colectiva al momento de la contratación de esta Póliza y;
- Los Padecimientos se encuentren cubiertos bajo las condiciones contratadas en esta Póliza.

Quedan cubiertos los gastos:

Para la cobertura básica y coberturas adicionales con costo descritas en la carátula de póliza de acuerdo a lo estipulado en los apartados III. Cobertura Básica y IV. Coberturas adicionales con costo de estas Condiciones Generales.

Límite de responsabilidad

- a) Aplican los límites y condiciones contratados, estipulados en la carátula de póliza.
- b) El Asegurado deberá de cubrir nuevamente el Deducible, Coaseguro y tope de Coaseguro vigente de esta Póliza, sin importar que estos ya hayan sido cubiertos en la Póliza colectiva.
- c) Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.
- d) Esta cobertura no se puede contratar simultáneamente con la cobertura de Conversión Garantizada.

Exclusiones particulares:

- a) **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentren estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b) **Padecimientos Preexistentes a la Fecha de Antigüedad de Continuidad Garantizada.**
- c) **Padecimientos excluidos expresamente a través de Endosos incluidos en esta Póliza.**

8. Conversión Garantizada (CGAR)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, la Compañía se obliga a pagar el importe de los gastos médicos y hospitalarios que erogue el Asegurado, una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada, con motivo de la atención médica de alguno de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos amparados en este Contrato de Seguro.

Con la contratación de esta cobertura la Compañía otorga los siguientes beneficios:

- La Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios en que incurra el Asegurado de acuerdo a las condiciones estipuladas y contratadas por esta Póliza, una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada estipulado en la carátula de póliza.
- Una vez concluida la Póliza de Gastos Médicos Colectivo, el Asegurado podrá solicitar la cancelación de esta cobertura sustituyendo el Deducible de Conversión Garantizada por el Deducible contratado y estipulado en la carátula de póliza, sin pasar por el proceso de selección médica.
- La Compañía reconocerá los Padecimientos iniciados desde la contratación de esta cobertura para la continuación del pago Siniestro.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite documentalmente y a satisfacción de la Compañía, que se encuentra Asegurado en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo con ésta u otra compañía, así como el importe de la Suma Asegurada pactada en aquélla.

En caso de que el Contratante de la Póliza Colectiva realice cambios a las condiciones de la misma, el Asegurado deberá informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes los cambios, mediante el formato que al efecto le proporcione la Compañía.

Para poder dar de Baja la cobertura de Conversión Garantizada se requerirá documentación oficial que compruebe la separación laboral de la empresa y un comprobante de la Suma asegurada vigente al momento de la baja.

En ningún caso y bajo ninguna circunstancia esta cobertura será aplicable para el pago de gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado derivados de forma directa o indirecta de Accidentes, Enfermedades o Padecimientos, ocurridos, diagnosticados o respecto de los cuales se haya generado un gasto con anterioridad a la contratación de esta Cobertura.

El pago de los gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado en afectación de su Póliza colectiva contratada con esta u otra aseguradora, no obliga a la Compañía al pago de los gastos médicos u hospitalarios excedentes del Deducible de Conversión Garantizada en afectación de esta cobertura, pues su pago o Reembolso está sujeto a los términos y condiciones de las presentes Condiciones Generales.

Los efectos de la cancelación de esta cobertura son:

- a) **Dejar sin efecto la cobertura Conversión Garantizada, prevaleciendo vigente el Contrato de Seguro individual contratado el cual estará sujeto a los términos y limitantes establecidos en estas Condiciones Generales y cuya Suma Asegurada y Periodo de Pago de Siniestro serán los contratados y estipulados en la carátula de póliza, asimismo para la aplicación de Deducible y Coaseguro aplicará lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.**

- b) La Compañía continuará pagando los gastos médicos y hospitalarios que se hayan determinado como procedentes por la Compañía, generados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, en base a los términos y limitantes establecidos en estas **Condiciones Generales**.
- c) La Compañía respetará la Antigüedad generada en la cobertura cancelada para la Reducción de Periodos de Espera con base en los términos y limitantes establecidos en estas **Condiciones Generales**, para la Reducción de Periodos de Espera incluyendo la cobertura de Ayuda por Maternidad, SIDA o VIH, Cirugía Bariátrica. En caso de que al momento de contratación de Conversión Garantizada cuente con las coberturas de Preexistencias y Maternidad Extendida se reconocerá la antigüedad para reducir Periodos de Espera.

El Asegurado deberá solicitar por escrito la cancelación de esta cobertura, dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a la terminación de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo o aquél en que se haya separado definitivamente de dicha Colectividad Asegurada; en caso de que el Asegurado no cumpla con esta obligación, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación relativa al beneficio de Conversión Garantizada.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada es la contratada en la cobertura Básica y estipulada en la carátula de póliza.
- b) Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas **Condiciones Generales**.
- c)
- d) Esta cobertura no se puede contratar simultáneamente con la cobertura de Continuidad Garantizada.

Exclusiones particulares

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. **Exclusiones (Gastos no cubiertos)** de estas **Condiciones Generales**.
- b) La contratación de esta cobertura deja sin efecto la cobertura de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida (MATE) y Deducible Cero por Accidente (DED0).

9. Emergencia en el Extranjero (EMER)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Emergencia Médica por algún Accidente, Enfermedad o Padecimiento, mientras se encuentre en viaje de placer o negocios, fuera de la República Mexicana.

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

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al 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 anestesiólogos y enfermeras.

- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- 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.**

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) Suma Asegurada de 100,000 USD (cien mil dólares americanos).
- b) Deducible de 100 USD (cien dólares americanos).
- c) No aplica Coaseguro.
- d) Para el pago de los Honorarios Médicos se pagará de acuerdo a lo estipulado para el Padecimiento cubierto, en el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) para el extranjero.
- e) Esta cobertura es aplicable únicamente bajo la modalidad de Pago por Reembolso.
- f) 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.

Exclusiones particulares:

- a) Las Complicaciones del Embarazo y del(los) Recién Nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.
- b) Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería en domicilio.
- c) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- d) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, el Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura (Territorialidad) a territorio extranjero (fuera de la República Mexicana) por los gastos para la atención médica del Asegurado en el extranjero, a consecuencia de las Enfermedades descritas más adelante, cuyo diagnóstico y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional y que cumplan con el Periodo de Espera establecido en las presentes Condiciones Generales para las siguientes Enfermedades:

10.1 Cáncer

Se cubren los gastos derivados de tratamiento de cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.

Queda excluido cualquier tipo de cáncer que no se establezca en el párrafo anterior.

10.2 Enfermedades Cerebrovasculares y Cerebrales

Se cubren los Tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, así como tumores o malformaciones del aparato circulatorio, localizado en el sistema nervioso central, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.

Quedan excluidos los tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); ataque isquémico transitorio, lesiones por traumatismo craneoencefálico, así como

las Enfermedades o Padecimientos no citadas en el párrafo inmediato anterior.

10.3 Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía

Se cubre la intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.

Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades o Padecimientos con Tratamientos similares.

10.4 Trasplantes de Órganos Mayores

Quedan cubiertos únicamente el procedimiento quirúrgico para los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea, **excluyendo gastos postquirúrgicos.**

Se cubren los gastos del donante por Trasplante de Órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, **excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba.** En caso de donadores cadávericos se cubrirán únicamente los gastos del receptor.

10.5 Infarto del miocardio

10.6 Enfermedades renales

10.7 Padecimientos de columna

Para acceder al beneficio, amparado por esta cobertura, el Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al menos 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante, el informe médico, el aviso de una Enfermedad o Padecimiento, la historia clínica y el resultado de estudios practicados. Lo anterior a fin de que la Compañía determine la autorización del caso en el extranjero.

En caso de Emergencia Médica tendrá que notificar durante las 24 (veinticuatro) horas siguientes el ingreso al Hospital.

10.8 Segunda Opinión Médica en Estados Unidos

Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de Consulta médica especializada para Asegurados que padecen Enfermedades graves, a través de los Médicos en Convenio consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con la Enfermedad grave.

Para acceder al beneficio, amparado por esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir con el siguiente requisito:

- Que se trate de afecciones mayores enlistadas anteriormente, amparadas en la presente cobertura y que no requieran manejo de Emergencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.

Para solicitar el servicio de Segunda Opinión Médica Internacional, el Asegurado deberá presentar debidamente requisitado y firmado a la Compañía el formato inicial diseñado para solicitar este servicio, en el que se incluye solicitud del servicio de Segunda Opinión Médica Internacional para:

- Ratificar el diagnóstico.
- Corroborar el Tratamiento.
- Obtener alternativas de Tratamiento.

Para poder llevar a cabo el servicio de Segunda Opinión Médica Internacional, es necesario presentar:

- Tarjeta que lo identifica como Asegurado de la Compañía.
- Identificación oficial con fotografía.
- Aviso de Accidente o Enfermedad.
- Historia clínica completa debidamente requisitada por su Médico tratante que incluya: Accidente, Enfermedad o Padecimiento actual, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con diagnóstico, tiempo de evolución y Tratamiento.
- Resúmenes clínicos de los Médicos que lo han atendido. Si ha estado hospitalizado, copia de su expediente clínico.
- Resultados de todos los exámenes que le hayan practicado, en el caso de estudios especiales como rayos X, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, placas y algunos otros.
- Solicitud debidamente requisitada del servicio de Segunda Opinión Médica Internacional.

En caso de que el Médico que realice la segunda opinión médica necesitara estudios adicionales, se entenderá que esos gastos se harán de acuerdo a los procedimientos tradicionales establecidos para Servicio de Pago Directo o Pago por Reembolso.

La respuesta de la segunda opinión médica se entregará al Asegurado en dos maneras: en el formato original que el Médico interconsultante emitió en inglés y con su respectiva traducción al español.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.
- b) Para el pago de los Honorarios Médicos se pagará de acuerdo a lo estipulado para el Padecimiento cubierto, y el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) para el extranjero.
- c) Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Esta cobertura no aplica para:

- a) Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.
- b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- c) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

11. Atención en el Extranjero (ATEX)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, el Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura a territorio extranjero (fuera de la República Mexicana) aplicando las condiciones y límites contratados y establecidos para esta Póliza.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) La Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.
- b) Para el pago de los Honorarios Médicos se pagará de acuerdo a lo estipulado para el Padecimiento cubierto, y el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) para el extranjero.
- c) Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros, inciso 30.1. Aplicación de Deducible y 30.2. Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

- a) Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.
- b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.
- c) En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

12. Cliente Distinguido (DIST)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta, la Compañía otorga los siguientes beneficios:

12.1 Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial de \$150 (ciento cincuenta) pesos M.N. en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

12.2 Ascenso a cuarto suite en territorio nacional

De acuerdo a esta cobertura se ofrece un ascenso del cuarto privado estándar a cuarto suite, exclusivamente en territorio nacional, siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por estas Condiciones Generales. Este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.

Este beneficio cubrirá de lo que resulte menor entre:

- Un máximo de 2 (dos) veces el costo del cuarto sencillo estándar; o
- El cuarto suite, siempre y cuando sea la suite inmediata superior al cuarto privado estándar.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Este beneficio no aplica para:

Las coberturas de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida, Emergencia en el Extranjero, Enfermedades Cubiertas en el Extranjero, Atención en el Extranjero.

12.3 Paquete de Admisión

De acuerdo a esta cobertura se establece que la Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como los primeros artículos de uso personal que se le entregan al Asegurado al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por estas Condiciones Generales.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

12.4 \$500 (quinientos) pesos por día de indemnización para alimentos del acompañante, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante el Evento Médico cubierto por la Compañía.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

12.5 \$100 (cien) pesos por día de indemnización para gastos de estacionamiento, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante el Evento Médico cubierto por la Compañía.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

12.6 Cirugía por Miopía

Se cubren, a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua en la presente Póliza y contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, los gastos derivados de la siguiente Enfermedad o Padecimiento:

- Miopía. Se cubren los gastos derivados de Cirugía por miopía en cualquiera de sus tratamientos (incluyendo lente intraocular) y/o cirugía bilateral.

Límite de responsabilidad:

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- **Aplica para Asegurados a partir de los 21 años de edad.**
- **Se deberá tener al menos 5 (cinco) dioptrías en al menos un ojo y derivado de miopía.**
- **La Suma Asegura será de \$30,000.00 (treinta mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado para uno o ambos ojos y será única para toda la vida del Asegurado.**
- **Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.**
- **Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones derivadas de los procedimientos quirúrgicos para Miopía:**
 - a) Ojo Seco: se cubrirá el tratamiento de gotas sólo por los primeros 2 (dos) años posteriores a la cirugía.**
 - b) Opacidad Corneal a consecuencia de un procedimiento cicatrizal anómalo: Se cubre el trasplante de córnea con una Suma Asegurada de \$200,000 (doscientos mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado y será única para toda la vida del Asegurado. Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.**

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Para este beneficio no aplica Reconocimiento de Antigüedad de ningún tipo.

a) Servicios de Asistencia adicionales con costo

1. Servicios de Asistencia en Viajes (SAV)

Mediante la contratación y el pago de la prima de este servicio y a partir de la Fecha de Alta, la Compañía otorga los Servicios de Asistencia que se citan a continuación y serán proporcionados a través de AXA ASSISTANCE, empresa especializada en programas de asistencia.

Los servicios que a continuación se describen, deberán programarse, llamando a los teléfonos que al efecto indique la Compañía.

1.1. Beneficios

a. Traslado médico a un centro médico

En caso de que un Asegurado Beneficiario sufra Accidente, Enfermedad o Padecimiento ocurrido después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que atienda al Asegurado, recomiendan su Hospitalización, AXA ASSISTANCE gestionará:

- a) El traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano; y
- b) Si fuera necesario por razones médicas:
 - El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia aérea, avión de línea regular o Ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.
 - Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o centro médico más apropiado a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

b. Boleto viaje redondo para un familiar y gastos de hospedaje

En caso de Hospitalización del Beneficiario a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimientos ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, AXA ASSISTANCE gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

Además AXA ASSISTANCE gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$1,000.00 (mil) pesos M.N. por día, durante 10 (diez) días naturales.

c. Boleto redondo para un familiar

En caso de Hospitalización del Beneficiario y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, la Compañía de Asistencia pondrá a disposición de una

persona designada por el Beneficiario un boleto de ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

d. Boleto para profesional reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimientos (no producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), AXA ASSISTANCE gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados.

e. Referencia a intérpretes y consejeros legales, incluyendo el pago y envío de abogado

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, AXA ASSISTANCE gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de \$25,000.00 (veinticinco mil) pesos M.N. en total, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

Este Beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del Beneficiario o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

f. Repatriación médica a su hogar o a un centro de rehabilitación

En caso de que un Beneficiario sufra un Accidente, Enfermedad o Padecimiento tales que el Equipo Médico de AXA Assistance, en contacto con el Médico que atienda al Beneficiario, recomiende su Hospitalización, la Compañía de Asistencia organizará y pagará:

- a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano y si fuera necesario por razones médicas.
- b) El traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia aérea, avión de línea comercial o Ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que presente el Beneficiario.
- c) Si las condiciones médicas permiten su traslado o repatriación, el Equipo Médico de AXA Assistance organizará el traslado o repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA Assistance y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

g. Transmisión de mensajes de emergencia para comunicarle a sus familiares información necesaria

La Compañía de Asistencia se encargará de transmitir a petición del Beneficiario, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una Situación de Asistencia.

h. Traslado de restos Mortales, gestión de trámites para el traslado incluyendo, la preparación del cuerpo, documentación necesaria y el pago del traslado o entierro local

En caso de fallecimiento del Beneficiario, la Compañía de Asistencia realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario; o,
- b) A petición de los herederos o Representantes del Beneficiario, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, la Compañía de Asistencia se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo prevista en el apartado anterior.

i. Asistencia en robo o pérdida de equipaje y de documentos extraviados. En caso de recuperación, se realizará el reenvío

En el caso de robo o extravío de equipaje o efectos personales del Beneficiario, la Compañía de Asistencia le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización. Si los objetos fuesen recuperados, la Compañía de Asistencia se hará cargo de su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario o hasta su Residencia Permanente.

En caso de robo o pérdida de documentos esenciales para la continuación del viaje, como son; pasaporte, visa, boletos de avión, etc., la Compañía de Asistencia proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

**j. Asistencia médica en el extranjero hasta por 10,000 (diez mil) USD
Gastos Médicos y de Hospitalización.**

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 (cinco mil) U.S. Dólares por viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 (diez mil) U.S Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

Quedan excluidos costos de Prótesis, anteojos y lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas tipo check up o rutinarias, gastos médicos y de Hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

k. Gastos dentales por urgencia (máximo \$500 (quinientos) USD)

En el caso de que un Beneficiario sufra problemas agudos que requieran Tratamiento odontológico de urgencia, se proporcionarán los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$500 (quinientos) U.S. Dólares.

l. Gastos de hotel por convalecencia (Máximo \$100 (cien) USD x día)

AXA ASSISTANCE gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimientos ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE. Este beneficio está limitado a \$1,000.00 (mil) pesos M.N., por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año. Beneficiarios: la Familia Asegurada.

m. Regreso anticipado al domicilio en caso de fallecimiento de un familiar de primer grado, por línea aérea comercial y clase económica

La Compañía de Asistencia organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Beneficiario, por avión de línea comercial (clase económica), en caso de fallecimiento de un Familiar en Primer Grado, en la ciudad de Residencia Permanente, siempre que no pueda utilizar su boleto original para el regreso.

n. Repatriación Sanitaria

En caso de encontrarse el Asegurado en algún lugar fuera de la República Mexicana donde se presente un brote epidémico, decretado como tal por la Organización Mundial de la Salud y el Asegurado solicite a la Compañía su repatriación hacia un centro médico en su lugar de residencia habitual, AXA Asssitance en coordinación con el Médico tratante determinaran la conveniencia de su traslado y AXA Assistance gestionará el mismo en su caso.

Si el Asegurado no puede regresar a su Residencia Permanente como pasajero regular, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, AXA ASSISTANCE gestionará su traslado por el medio necesario según las indicaciones del Médico tratante y se hará cargo de todos los gastos que fueran necesarios para el traslado.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado previa programación con AXA Assistance llamando a los teléfonos que al efecto indique la Compañía. **No aplica Pago por Reembolso.**

Únicamente se podrá hacer uso de este beneficio de Repatriación Sanitaria, si se contrata alguna de las coberturas en el extranjero como son: Emergencia en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) o Atención en el Extranjero (ATEX).

Los Servicios de Asistencia en viajes están disponibles las 24 horas.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, deja sin efecto esta cobertura.

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 o Padecimientos, estudios, Tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

1. Padecimientos Preexistentes, excepto lo estipulado en la cobertura adicional con costo IV. Coberturas adicionales con costo inciso 3. Preexistencias (PRE) en caso de haberla contratado.
2. Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
3. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedad o Padecimientos Congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura 1.3 Cobertura del Recién Nacido, lo referente a Padecimientos Congénitos para nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza.
4. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
5. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cual sea su causa, así como sus complicaciones.
6. 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 transplantadas.
7. Gastos de criopreservación de cordón umbilical.
8. Los gastos de la Madre Biológica y de la Mujer Gestante en caso de Maternidad Subrogada.
9. Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el Recién Nacido ni tampoco lo que presente la

madre Asegurada, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, salvo lo especificado en el apartado. No se cubrirán los Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad o la natalidad y Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).

10. Padecimientos Congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción.
11. Padecimientos Congénitos, 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, excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
12. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura 7. Trasplante de Órganos.
13. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
14. 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.
15. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción erétil, salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
16. Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
17. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
18. Procedimientos médicos, quirúrgicos o Tratamientos dietéticos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo Cirugía Bariátrica para Tratamiento de diabetes y para reflujo, salvo lo especificado

en la cobertura 4.2. Cirugía Bariátrica y lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).

19. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.

20. Gastos médicos derivados de:

- a) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
- b) Trastornos de enajenación mental.
- c) Trastornos de la conducta.
- d) Tratamientos para estados de depresión psíquica o nerviosa.
- e) Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.

La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos antes mencionados ni sus complicaciones aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.

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

21. Paquetes de Admisión salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 12. Cliente Distinguido (DIST).

22. Gastos médicos derivados de Tratamientos y/o Terapias, cualesquiera que sean su origen de:

- a) Rehabilitación psicomotora.
- b) Rehabilitación neuro fícbac.
- 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 amparado en este Contrato de Seguro.

23. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción erétil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.
24. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales, excepto lo mencionado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 12. Cliente Distinguido (DIST) numeral 12.6. Cirugía por Miopía.
25. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedad o Padecimientos, cuyos gastos estén cubiertos.
26. Tratamientos basados en Medicina Alternativa y Complementaria, con beneficio incierto y/o con fines preventivos y/o por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales, excepto lo mencionado en la cobertura 16. Medicina Alternativa de estas Condiciones Generales.
27. Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos y/o Medicamentos Experimentales y/o de investigación.
28. Gastos médicos y hospitalarios derivados de la participación del Asegurado para algún protocolo médico Experimental tanto en territorio nacional como en el extranjero.
29. Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos que no estén legalmente autorizados en México.
30. Gastos médicos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.
31. Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos médicos cuya eficacia o beneficio a la salud de los Asegurados no esté plenamente probado.
32. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
33. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

34. Padecimientos o lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica de box thai, lucha libre, motonáutica y automovilismo en cualquier campeonato avalado por la Federación Internacional de Automovilismo o cualquier otra categoría equivalente en riesgo en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.
35. 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 ultra ligeros con y sin motor.
36. Honorarios Médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos y abuelos.
37. 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.
38. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico.
39. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de éste en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra y lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 12. Cliente Distinguido (DIST).
40. Atención de Recién Nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
41. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:
- Fórmulas lácteas.
 - Suplementos y complementos alimenticios.
 - Multivitamínicos y complementos vitamínicos.
 - Cosméticos y dermatológicos.
 - Medicamentos fuera del Hospital, salvo lo estipulado la cobertura 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).
 - Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - Medicamentos de acción de Terapia celular.
 - Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
 - Fórmulas naturistas.

- j) Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando éste se encuentre hospitalizado.
 - k) Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
42. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo incisos 9. Emergencia en el Extranjero (EMER), 10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y 11. Atención en el Extranjero (ATEX).
43. Reposición de Aparatos Ortopédicos y Prótesis que sean Preexistentes a la contratación de una póliza Individual de AXA, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
44. Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición, con excepción de la cobertura 1.3 Cobertura del Recién Nacido, lo referente a Padecimientos Congénitos.
45. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos aun cuando sean prescritos por un médico.
46. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
47. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura Básica de las presentes Condiciones Generales.
48. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
49. Para el caso de cáncer, los Tratamientos que no hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network.
50. Prendas de vestir con propiedades médicas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas, camisetas.
51. Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado o Asegurado Titular, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin en la República Mexicana.

52. 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 y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, excepto lo mencionado en el apartado III. Cobertura Básica numeral 3. Cuidados en casa inciso a) Enfermería.

53. Enfermedades que se hayan diagnosticado en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación o en caso de Emergencia Médica.

Este periodo no aplica en caso de Accidentes.

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 a lo siguiente:

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

2. Contrato de Seguro o Póliza

Mediante este Contrato de Seguro, la Compañía se obliga a cubrir al Asegurado por los gastos erogados en términos y condiciones del mismo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de póliza, así como el Periodo de Pago de Siniestro contratado.

Este Contrato de Seguro está formado por:

- a) Las declaraciones del Contratante y Asegurado Titular proporcionadas por escrito a la Compañía, incluyendo la Solicitud de Seguro.
- b) Carátula de póliza.
- c) Condiciones Generales.
- d) Endosos.
- e) Tabulador Médico.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga la Compañía al Asegurado con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con características similares, en ésta u otra compañía legalmente autorizada y cuya única finalidad es, exclusivamente, reducir Periodos de Espera y no aplica para otros efectos.

Este beneficio aplica para:

a. Antigüedad en AXA Individual

Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura Básica incluyendo:

- Ayuda por Maternidad
- VIH o SIDA
- Preexistencias, en caso de contratación
- Los Padecimientos de 12 (doce) y 24 (veinticuatro) meses
- Recién Nacido
- Complicaciones del Embarazo

Este beneficio no aplica para la cobertura de Cirugía Bariátrica, Maternidad Extendida y la Cobertura adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST) numeral 12.6. Cirugía por Miopía.

b. Antigüedad en AXA

Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura Básica, **excepto**:

- Ayuda por Maternidad, Recién Nacido y Complicaciones del Embarazo, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.
- Cirugía Bariátrica.
- VIH o SIDA, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.
- Preexistencias del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.
- Cirugía por Miopía si cuenta con la Cobertura adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST).
- Maternidad Extendida

c. Antigüedad Reconocida

Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales, **excepto**:

- Ayuda por Maternidad.
- Cirugía Bariátrica.
- Si cuenta con la Cobertura adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST).
- VIH o SIDA.
- Preexistencias.

Este beneficio en ninguna circunstancia será útil para obtener el pago de los gastos médicos u hospitalarios derivados de Padecimientos Preexistentes y no implica el reconocimiento de Enfermedades o Padecimientos que hayan sido cubiertos o hayan iniciado algún síntoma en otra Póliza de seguros.

4. Deducible de Conversión Garantizada

Es la cantidad fija que aplica a los primeros gastos erogados para cada Siniestro y que corre a cuenta de la Póliza colectiva en la que se encuentra asegurado el solicitante.

En caso de contratación de la cobertura Conversión Garantizada, este Deducible sustituye al Deducible general descrito.

En caso de baja de la cobertura el Deducible que aplica será el de Deducible básico que se encuentra estipulado en la carátula de póliza y no el de dicha cobertura.

5. Periodo de Beneficio

La Compañía pagará los gastos por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento 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.
- b) El agotamiento del Periodo de Pago de Siniestro contratado.
- c) 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 Individual 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 ésta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra el Accidente, Enfermedad o Padecimiento dentro de la cobertura básica.
- d) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.
- e) En caso de cancelación del Contrato de Seguro, los gastos incurridos hasta por 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

6. Periodo de Gracia

Lapso contado a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza para el pago de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Durante el Periodo de Gracia para el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, no aplicará el pago de gastos médicos mediante la modalidad de Pago Directo para ningún Siniestro, los cuales en su caso podrán ser tramitados bajo el esquema de Pago por Reembolso.

7. Periodo al Descubierto

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

8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Asegurado Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante Endosos.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

b) Notificaciones

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

9. Vigencia

La Vigencia de este Contrato de Seguro será de un año y entra en vigor desde la fecha estipulada en la carátula de póliza.

10. Primas

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, de acuerdo a lo establecido en la carátula de póliza.

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

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, de acuerdo a los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

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

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier cantidad a favor del Asegurado.

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.

11. Cancelación del Contrato

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

En caso 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 que el Contratante decide 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.

La Prima será devuelta mediante la solicitud por escrito del Contratante, dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se ingresó la solicitud de cancelación y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

12. Extinción de Obligaciones

En virtud de esta cláusula, el Contratante o Asegurado Titular 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.

El Contratante o Asegurado Titular expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas y sin necesidad de intervención judicial alguna 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 o Asegurado Titular para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o el Asegurado Titular, los representantes de éstos con la finalidad de hacer incurrir en error a la Compañía, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato 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 y de manera fehaciente al Contratante y al Asegurado Titular la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

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.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante o Asegurado Titular 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 o Asegurado Titular 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.

13. 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.

14. Altas

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

Para que los hijos nacidos durante la Vigencia de la Póliza queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir lo siguiente:

- 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 de 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.

15. 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 o Asegurado Titular. 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.

16. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular 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.

El Contratante o Asegurado Titular podrá modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Gama Hospitalaria.
- Periodo de Pago de Siniestros.
- Tabulador Médico.

- Altas o Bajas de Coberturas adicionales con costo.

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado Titular deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios y deberá requisitar y firmar la Solicitud de Cambio y Cuestionario Médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica.

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

En caso 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).

En caso de ser aceptado el cambio de plan, la Compañía deberá notificarlo por escrito, respetando la Fecha de Alta de la Póliza anterior y la Fecha de Alta de las Coberturas Adicionales con costo.

17. Cambio de Producto

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular para finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro respecto de un producto distinto que se encuentre vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de la Compañía, esté Contrato de Seguro tendrá términos y Condiciones Generales diferentes.

Para solicitar dicho cambio, el Contratante o Asegurado Titular deberá solicitar la terminación del Contrato de Seguro vigente, requisitar y firmar la Solicitud de Seguro y Cuestionario Médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

La Compañía puede o no aceptar el Cambio de Producto de acuerdo con las políticas de Cambio de Producto vigente.

En caso que el Asegurado solicite un Cambio de Producto, la Compañía no garantizará:

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

18. Examen Médico

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Enfermedades o Padecimientos, 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 Enfermedad o Padecimiento evaluado en el Examen Médico que se le haya aplicado para tal Enfermedad o Padecimiento y, que no hubiese sido diagnosticado en el citado Examen Médico.

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

19. Separación de Póliza

Cualquier Asegurado que haya solicitado su Separación de la Póliza, podrá solicitar su inclusión a una Póliza nueva o a una Póliza existente en el mismo plan, coberturas y características, si dicha solicitud y el pago de la prima de Seguro correspondiente se realiza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su Separación de la Póliza. No requerirá para ello pruebas de asegurabilidad.

Transcurrido este plazo, podrá contratar una Póliza nueva, pasando por el proceso de selección médica.

20. Renovación

El Contratante o Asegurado Titular podrá renovar su Contrato de Seguro cada año. Si el Contratante o Asegurado Titular no solicitó a la Compañía un cambio de plan o cambio de producto la Renovación:

- **Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- **No implicará modificación de los Periodos de Espera.**
- **No considerará los límites de las Edades de aceptación.**

La Renovación no implica que el seguro se prorogue en cuanto a su Vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro.

En cada Renovación, la Compañía podrá clarificar y/o incluir: Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas Adicionales con costo, Exclusiones, Cláusulas Generales y Servicios de Asistencia. Asimismo, se actualizarán los montos de Deducible, Suma Aseguradas, Coaseguros y topes de Coaseguro.

En caso de cambio de plan o cambio de producto, se aplicará lo establecido en las cláusulas 16. Cambio de Plan y 17. Cambio de Producto de estas Condiciones Generales.

En cada Renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

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

21. Rehabilitación

En el caso que éste 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 10. 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 a 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 o Padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

22. 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.

23. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

En caso de contratar una de las siguientes coberturas adicionales: Emergencia en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y Atención Médica en el Extranjero (ATEX), los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas adicionales.

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

El Contratante o Asegurado Titular 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.

24. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Moneda Nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo a la Moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8º 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.

25. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante o Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a la Compañía, en 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 de Seguro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

Cualquiera Omisión o Inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato 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.

26. 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 Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

27. Competencia

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado Titular 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 o Asegurado Titular 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 o Asegurado Titular acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

En el supuesto que el Contratante o Asegurado Titular así lo determinen, podrá hacer vales sus derechos conforme a lo estipulado en la cláusula 33. 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

28. 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 Inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado 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.

29. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a exigir 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 Evento Médico reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que éste ocurra.
- b) Para proceder al pago de la Cobertura de Apoyo Psicológico por 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 o Asegurado Titular 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 22. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

30. 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 Padecimiento, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.
- b) A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
- c) El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- d) 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.
- e) En caso de que el Asegurado desee que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de Seguro de esta u otra institución, deberá presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la erogación de dichos gastos.

30.1. Aplicación de Deducible

El monto de Deducible se fija en el momento en el que los gastos rebasen el Deducible estipulado en la carátula de póliza y una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización y/o ajuste.

El Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

En caso de solicitar un cambio de plan o Cambio de Producto 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 pagar la diferencia que exista entre el Deducible pagado y el Deducible elegido por el Contratante o Asegurado Titular en la Póliza nueva, **excepto para la cobertura de Continuidad Garantizada, donde el Deducible se deberá de cubrir en su totalidad, sin tomar en cuenta ningún otro monto pagado por este concepto.**

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada aplica lo especificado en dicha cobertura.

30.2. Aplicación de Coaseguro

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes de esta Póliza hasta el tope de Coaseguro.

Dicho porcentaje, así como el tope de Coaseguro, están indicados en la carátula de póliza.

El tope de Coaseguro que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

- a) Si el Asegurado decide acudir a un hospital con clasificación diferente a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, de acuerdo al siguiente esquema:

Gama Hospitalaria contratada	Gama Hospitalaria de la atención		
	Diamante	Esmalda	Zafiro
Diamante	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Esmalda	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Zafiro	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

- b) Todos los hospitales que no se encuentren en convenio, serán considerados como Gama Hospitalaria Diamante para la aplicación del coaseguro.
- c) Si el asegurado recibe la atención médica en una zona distinta a la zona en donde se emitió la Póliza, se aplicará el aumento o disminución de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo a la siguiente tabla, **excepto para Emergencias Médicas:**

Zona de atención contratada	Zona de atención hospitalaria			
	Metropolitana	Monterrey	Guadalajara	Otra
Metropolitana	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Monterrey	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Guadalajara	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Otra	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

- d) En caso de que el Asegurado reciba la atención médica en una zona diferente y Gama Hospitalaria contratados, aplicará la combinación (suma) de las tablas presentadas en el inciso a y c.
- e) En todos los casos existe un tope de Coaseguro a pagar por el Asegurado, que varía de acuerdo al porcentaje de Coaseguro contratado y de la Gama Hospitalaria o Zona de atención utilizada, como se muestra en el siguiente cuadro:

Coaseguro contratado	Tope de Coaseguro	
	Atención en Gama Hospitalaria o Zona de atención	
	Contratada o inferior	Superior/Diferente
5%	\$30,000	\$90,000
10%	\$35,000	\$105,000
20%	\$60,000	\$120,000
30%	\$80,000	\$160,000

En caso de que el Asegurado se atienda en un Hospital o zona de atención de mayor nivel al contratado, el tope de Coaseguro se fijará en el nivel Superior/Diferente para todos los gastos del Siniestro, aunque el Asegurado regrese a sus zona o nivel de atención contratado.

30.3 Beneficio de Aviso previo

Es el proceso por el cual el Asegurado notifica a la Compañía los eventos enlistados más adelante, pudiendo obtener un beneficio de reducción de 5 (cinco) puntos porcentuales sobre el coaseguro contratado.

- a) Para todo tipo de cáncer, leucemia, linfomas o melanomas (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia) diagnosticados con estudio de patología, excepto carcinoma In Situ de piel; así como Enfermedades o Padecimientos de columna vertebral, el Asegurado deberá cumplir con:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio del Padecimiento o un máximo 5 (cinco) días posteriores al diagnóstico y,
 - No haber iniciado tratamiento médico derivado de dicho Padecimiento.
- b) Cualquier programación de cirugía con hospitalización, se deberá:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio del Padecimiento o un máximo 5 (cinco) días posteriores al diagnóstico o,
 - Dar aviso a la Compañía 5 (cinco) días antes de ingresar al hospital y,
 - No haber iniciado tratamiento médico derivado de dicho Padecimiento.
- c) Para hospitalizaciones en el extranjero, se deberá:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio del Padecimiento o un máximo 5 (cinco) días posteriores al diagnóstico o,
 - Dar aviso a la Compañía 10 (diez) días antes de ingresar al hospital en el extranjero y,
 - No haber iniciado tratamiento médico derivado de dicho Padecimiento.

El diagnóstico se determinará con la información médica inicial proporcionada por el Médico que estableció el diagnóstico definitivo así como los estudios que evidenciaron el Padecimiento.

Aplicación de coaseguro para el Beneficio de Aviso previo:

Una vez que el Asegurado haya cumplido con las condiciones anteriores, el coaseguro se disminuirá en 5 (cinco) puntos porcentuales sobre el gasto hospitalario, al contratado y especificado en la carátula de póliza.

En adición a lo señalado en el apartado V. Exclusiones (Gastos no cubiertos), esta cobertura no ampara:

- Cualquier procedimiento no aprobado por las instituciones adicionales o internacionales de salud.

31. 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.

32. 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.

33. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un Padecimiento 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 un Padecimiento 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.

34. 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 de correo electrónico en la dirección proporcionada por el Contratante al momento de la contratación o a través del medio elegido. 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 no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su Póliza, podrá descargar las Condiciones Generales 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.

35. 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. El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional y servicio de asistencia contratado.

36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance

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

a. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de Alta en la Póliza.

b. Equipo Médico de AXA Assistance

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

c. 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 Titular 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 Titular 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 AXA Assistance 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 estas Condiciones Generales, 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, República Mexicana.

I. Residencia Permanente (Domicilio)

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

36.1 Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

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

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

b. Traslado Médico Terrestre

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

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

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

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

c. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y 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, AXA Assistance podrá rembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de Ambulancia terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a 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 a AXA Assistance

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

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

36.2 Normas generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA Assistance con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; **AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.**

d. Subrogación

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

36.3 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 AXA Assistance.
- IV. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.
- V. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
- VI. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser rembolsados por AXA Assistance.
- VII. Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.
- VIII. 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 o cualquier otra causa de fuerza mayor.

- 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. La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.

- q. Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, Fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- s. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
- t. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.
- u. La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- v. Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una Ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, Yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

VII. 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 y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Art. 276

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;

- b) 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 impondrá una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

Art. 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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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

Art. 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.

Código Civil Federal

Art. 1,883

Cuando se reciba alguna cosa que no se tenía derecho de exigir y que por error ha sido indebidamente pagada, se tiene obligación de restituirla. Si lo indebido consiste en una prestación cumplida, cuando el que la recibe procede de mala fe, debe pagar el precio corriente de esa prestación; si procede de buena fe, sólo debe pagar lo equivalente al enriquecimiento recibido.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Art. 64

Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitido por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.

Art. 65

Las recetas expedidas por especialistas de la medicina, además de lo mencionado en el artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.

VIII.Significado de Abreviaturas

- **MFH:** Medicamentos fuera del Hospital.
- **MATE:** Maternidad Extendida.
- **PRE:** Preexistencias.
- **DED0:** Deducible Cero por Accidente.
- **CGMM:** Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos.
- **CoNa:** Cobertura Nacional.
- **CONT:** Continuidad Garantizada.
- **CGAR:** Conversión Garantizada.
- **EMER:** Emergencia en el Extranjero.
- **ECE:** Enfermedades cubiertas en el Extranjero.

- ATEX: Atención en el Extranjero.
- DIST: Cliente distinguido.
- SAV: Servicios de Asistencia en Viajes.
- 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.
- Axa Ind.: AXA Individual.
- DSM: Diagnostical and Stadistical Manual of Mental Disorder.
- FDA: Food and Drug Administration.
- FEUM: Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- UNE: Unidad Especializada de Atención a Clientes.
- Condusef: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

IX. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de Enero del 2018, con el número CNSF- S0048-0063-2018.

Protección Dental

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que ésta designe; aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

Sin costo:
Evaluación completa
Una radiografía panorámica al año
Dos limpieza dental al año

Con costo preferencial son:

Pagando 30% de su precio
Limpiezas dentales adicionales
Consulta periodontal completa
Raspado y alisado periodontal por cuadrante
Radiografías periapicales y series radiográficas
Amalgamas
Resinas
Extracción simple
Endodoncia

Protección Dental para niños incluye tratamientos	
Sin costo:	Pagando 30% de su precio
Evaluación completa	Extracción simple
Una radiografía panorámica al año	Radiografías periapicales y series radiográficas
Una limpieza dental con flúor al año	Resinas, entre otros

Protección Dental Integral (PDI)

Mediante la contratación de este servicio, la Compañía referirá en territorio nacional, al Asegurado con el prestador de servicios que ésta designe a efecto de obtener un costo preferencial en los siguientes servicios:

Extracción de terceros molares
Maxilofacial
<ul style="list-style-type: none">• Extracción quirúrgica de restos radiculares• Extracción sencilla de restos radiculares• Ferulización• Biopsia de tejidos duros• Biopsias intraorales (tejidos blandos)• Drenado de absceso intraoral• Frenilectomía

Periodoncia
<ul style="list-style-type: none"> • Gingivectomía por arcada • Gingivoplastia • Raspado y alisado radicular abierto por cuadrante • Raspado y alisado radicular cerrado por cuadrante • Alargamiento de corona (por diente) • Injerto de hueso bovino • Injerto de hueso musculoesquelético • Cuña distal • Injerto de tejido conectivo • Terapia de mantenimiento periodontal
Prótesis
<ul style="list-style-type: none"> • Corona en metalporcelana • Endoposte de fibra de vidrio • Endoposte vaciado • Incrustación en porcelana
<p style="text-align: center;">Protección Dental Integral para niños, incluye adicionalmente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Selladores gratis Pagando el 30% de su precio en las posteriores • 1 resina infantil gratis

Este servicio de asistencia sólo puede ser contratado dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la Póliza.

Cancelación.

Este servicio de asistencia sólo podrá ser cancelado durante los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia de la Póliza y a petición del Asegurado