

Gastos Médicos

Condiciones generales

Gastos Médicos Mayores

Flex Plus



Índice

	Página
I. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Antigüedad AXA Individual	7
3. Antigüedad AXA	7
4. Antigüedad Reconocida	7
5. Asegurado(a)	7
6. Cáncer Metastásico	8
7. Coaseguro	8
8. Compañía	8
9. Contratante	8
10. Contrato de Seguro o Póliza	8
11. Deducible	8
12. Deducible de Conversión Garantizada	8
13. Endoso	8
14. Enfermedad o Padecimiento	8
15. Enfermedad Mental	9
16. Enfermedad Crónica y Degenerativa	9
17. Evento	9
18. Fecha de Alta	9
19. Gama Hospitalaria	9
20. Hospital, Clínica o Sanatorio	9
21. Hospitalización	9
22. Madre Asegurada	9
23. Medicamento	9
24. Médico	10
25. Órtesis y Aparatos Ortopédicos	10
26. Padecimiento Congénito	10
27. Padecimiento Genético	10
28. Padecimientos Preexistentes	10
29. Pago Directo	10
30. Pago por Rembolso	11
31. Periodo de Espera	11
32. Periodo de Pago de Siniestro	11
33. Plan	11
34. Politraumatismo	11
35. Politraumatizado	12
36. Prestadores en Convenio	12
37. Programación de Cirugías	12
38. Prótesis	12
39. Prótesis auditiva	12

	Página
40. Recién Nacido	12
41. Siniestro	12
42. Signo	12
43. Síntoma	12
44. Solicitud	12
45. Suma Asegurada	12
46. Tabulador Médico	13
47. Urgencia Médica o Emergencia Médica	13
48. Vigencia	13
II. Objeto del Seguro	13
III. Cobertura básica	13
a. Gastos Médicos Mayores cubiertos	14
1. Honorarios Médicos	14
2. Gastos Hospitalarios	14
3. Cuidados en Casa	15
4. Terapias de Rehabilitación	15
5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia	16
6. Cirugía Reconstructiva	16
7. Trasplante de Órganos	16
8. Estudios de Laboratorio y Gabinete	16
9. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos	16
10. Tratamiento Dental por Accidente	17
11. Práctica Amateur de Deportes	17
12. Ambulancia	17
13. Consultas Psiquiátricas	18
14. Medicina Alternativa	18
b. Gastos cubiertos con periodo de espera	18
1. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses	18
2. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses	20
3. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses	20
4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses	21
c. Servicios de Asistencia incluidos	22
1. Protección Dental	22
2. Tu médico 24 horas	22



	Página
IV. Coberturas adicionales con costo	23
1. Medicamentos fuera del Hospital (MFH)	23
2. Maternidad Extendida (MATE)	24
3. Preexistencias (PRE)	24
4. Deducible Cero por Accidente (DED0)	25
5. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos (CGMM)	25
6. Cobertura Nacional (CoNa)	26
7. Continuidad Garantizada (CONT)	27
8. Conversión Garantizada (CGAR)	27
9. Emergencia en el Extranjero (EMER)	27
10. Enfermedades cubiertas en el Extranjero (ECE)	29
11. Atención en el Extranjero (ATEX)	29
12. Cliente distinguido (DIST)	32
a) Servicios de Asistencia adicionales con costo	33
1. Servicios de Asistencia en Viajes (SAV)	33
V. Exclusiones (gastos no cubiertos)	37
VI. Cláusulas generales	41
1. Cobertura del Contrato de Seguro	41
2. Contrato de Seguro o Póliza	41
3. Eliminación de Periodos de Espera	41
4. Periodo de Beneficio	42
5. Periodo de Gracia	43
6. Periodo al Descuberto	43
7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	43
8. Vigencia	43
9. Primas	43
10. Cancelación o Terminación del Contrato	44
11. Terminación de Contrato	44
12. Terminación Anticipada	44
13. Revelación de Comisiones	44
14. Altas	45
15. Bajas	45
16. Ajustes	45
17. Cambio de Plan	45
18. Determinación de Preexistencia en Caso de Duda	46
19. Separación de Póliza	46
20. Renovación y/o Recontratación	46
21. Rehabilitación	46

	Página
22. Prescripción	47
23. Zona de Cobertura (Territorialidad)	47
24. Moneda	47
25. Omisiones o Inexactas Declaraciones	48
26. Agravación del Riesgo	48
27. Competencia	48
28. Edad	49
29. Siniestros	49
30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	50
31. Interés Moratorio	50
32. Beneficios Fiscales	52
33. Peritaje Médico	52
34. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance	53
VII. Artículos citados en las condiciones generales	58
VIII. Significado de Abreviaturas	65
IX. Registro	65

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

Gastos Médicos Mayores Flex Plus

Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

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

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

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

2. 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 en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar en esta Compañía con características similares a este producto. La fecha de Antigüedad en AXA Individual se encuentra estipulada en la carátula de Póliza.

3. Antigüedad en AXA

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo con esta Compañía. La fecha de Antigüedad en AXA se encuentra estipulada en la carátula de Póliza.

4. Antigüedad Reconocida

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un seguro de Gastos Médicos Mayores con esta u otra compañía de seguros legalmente establecida y cuya finalidad es el reconocimiento de Antigüedad.

La fecha de Antigüedad Reconocida se encuentra estipulada en la carátula de Póliza.

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

5. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza, con derecho a los beneficios del presente contrato de seguro.

6. Cáncer Metastásico

El Cáncer que se ha propagado desde la parte del cuerpo donde comenzó (el sitio primario) a otras partes del cuerpo.

7. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible, éste se aplicará en toda reclamación presentada a la Compañía, relacionada con el Siniestro que le dio origen y respecto de cada gasto cubierto. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza. **Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.**

8. Compañía

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

9. Contratante

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

10. Contrato de Seguro o Póliza

Este contrato de seguro está conformado por:

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la solicitud del seguro.
- b) La carátula de la póliza.
- c) Condiciones generales.
- d) Endosos.
- e) 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.

11. Deducible

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

12. 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 el numeral inmediato anterior y lo deja sin efecto.

13. Endoso

Convenio escrito que, por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, modifica las condiciones generales del contrato de seguro y forma parte de éste. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales y especiales aplicables en todo aquello en que se contrapongan.

14. 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.

15. Enfermedad Mental

Todas aquellas catalogadas en el DSM IV. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría cuya primera edición fue publicada en 1952.

16. Enfermedad Crónica y Degenerativa

Enfermedades o Padecimientos regularmente asociados con la edad y el envejecimiento, también se asocian a factores como la edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud. Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma. Los padecimientos crónicos y degenerativos afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano.

17. Evento

Ocasión en que se utilice algún servicio médico y/o se efectúe algún gasto como consecuencia del mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

18. Fecha de Alta

Fecha a partir de la cual el Asegurado comienza a formar parte de esta Póliza.

19. Gama Hospitalaria

Listado de Hospitales, Clínicas o Sanatorios que el Contratante selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o tratamiento médico y que se encuentra incluido en el listado de Prestadores en Convenio.

La Compañía podrá actualizar la Gama Hospitalaria o modificarla sin previo aviso. El nombre de la Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificado en la carátula de Póliza.

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.

20. Hospital, Clínica o Sanatorio

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

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

21. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente 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 y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firmen él, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables de paciente Asegurado.

22. Madre Asegurada

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

23. Medicamento

Toda preparación o 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.

24. 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.

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

25. Órtesis y Aparatos Ortopédicos

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

Los auxiliares mecánicos son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que cursan una Enfermedad o Padecimiento o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud como muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica y silla de ruedas.

26. 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.

27. Padecimiento Genético

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

28. Padecimientos Preexistentes

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

- a) Que sus Síntomas y/o Signos se hayan manifestado de manera evidente antes de la Fecha de Alta del Asegurado dentro de esta Póliza.
- b) Que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado al amparo de esta Póliza.
- c) Que sus Síntomas y/o Signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.
- d) Que se compruebe su existencia previamente a la celebración del contrato, se haya declarado su existencia o que se compruebe, mediante un expediente clínico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- e) Que a consecuencia de ellos y previamente a la celebración del contrato, el Asegurado o el Contratante haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

29. Pago Directo

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

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

30. Pago por Rembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos cubiertos y erogados por el Asegurado, de acuerdo a lo estipulado en el contrato de seguro.

El Pago por Rembolso opera para aquellos gastos cubiertos por la Póliza en que:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- b) La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera prestado el Servicio de Pago Directo.

31. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura o alta del Asegurado en esta Póliza y 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.

Los periodos de espera solo pueden ser eliminados o reducidos por el reconocimiento de antigüedad ya sea en AXA, en AXA Individual o en otra compañía de seguros, según corresponda.

32. 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 para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento de que se trate y perdurará por el lapso elegido por el Asegurado estipulado en la carátula de la Póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima bien dentro del Periodo de Gracia.

Para todos los efectos del presente contrato se entenderá como “fecha de primer gasto” el gasto más antiguo 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 que el asegurado o la Compañía hayan pagado para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

33. Plan

Conjunto de coberturas y/o condiciones seleccionadas por el Asegurado y/o Contratante, que integran un Contrato de Seguro, tales como Gama Hospitalaria, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Periodo de Pago de Siniestro, Tabulador Médico, coberturas adicionales, entre otras, incluyendo sus Endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Cuando el Contratante solicita alguna modificación a las coberturas y/o condiciones de su Póliza dentro de las opciones que la Compañía ofrece, se considerará como un Cambio de Plan.

34. Politraumatismo

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



Los siguientes Politraumatismos pueden presentarse solos o en combinación:

- 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 descritos en el mismo Accidente y se consideran como un mismo Siniestro.

35. Politraumatizado

Asegurado que, a consecuencia de un Accidente, presenta un conjunto de lesiones (Politraumatismo).

36. Prestadores en Convenio

Hospitales, 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, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, 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 prestados por los proveedores.

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

37. Programación de Cirugías

Proceso previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico, mediante el cual se valora la procedencia de pagos de los gastos médicos y hospitalarios que se generen por la intervención o tratamiento, así como en su caso el Servicio de Pago Directo.

38. Prótesis

Aparatos, implantes o tejidos utilizados para reemplazar, de forma parcial o total, la función de una parte del esqueleto u órgano.

39. Prótesis Auditiva

Pieza o implante especial con finalidad de mejorar o restituir la audición.

40. Recién Nacido

Es el producto del embarazo, desde el momento de nacimiento y hasta los primeros 30 (treinta) días de vida.

41. Siniestro

Suma de los gastos médicos y hospitalarios generados por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento, así como la indemnización por Maternidad.

42. Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y/o resultado de estudios de laboratorio y/o gabinete.

43. Síntoma

Fenómeno o anormalidad fisiológica y subjetiva que manifiesta el Asegurado; el cual revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

44. Solicitud de Seguro

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

45. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y considerado como un mismo Sinistro, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el contrato de seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de póliza.

46. Tabulador Médico

Listado de los montos de honorarios médicos por tipo de procedimiento, que la Compañía cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, y que incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos. El tabulador es seleccionado libremente por el Contratante 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.

47. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Alteración repentina de la salud del Asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos 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.

48. Vigencia

Periodo previsto en la Carátula de la Póliza, durante el cual surte plenamente sus efectos el contrato de seguro.

II. Objeto del Seguro

El objeto del presente contrato es resarcir los gastos por servicios médicos procedentes en que el Asegurado incurra con motivo de un Padecimiento, Enfermedad o Accidente, de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de póliza, así como el Periodo de Pago de Sinistro elegido y contratado por el Asegurado ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en este Contrato de Seguro.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en esta Póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima o bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales con costo que el Asegurado puede contratar a su elección, las cuales se especifican en la carátula de póliza y estarán sujetas a las 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 médicamente necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad; se cubren los gastos correspondientes hasta agotar la Suma Asegurada o Periodo de Pago de Sinistro contratado, lo que ocurra primero, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de Póliza:

Aplican condiciones contratadas y especificadas en carátula de póliza.

a. Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios Médicos

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

- I. Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica.
- II. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica.

Los honorarios médicos serán cubiertos con base en los montos establecidos en el Tabulador Médico contratado.

Cuando el Asegurado asista con un Médico que pertenezca al Tabulador Médico contratado, no estará obligado al pago de diferencia alguna por este concepto.

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%

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 del Monto por Procedimiento Terapéutico, 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 paciente, 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 y 50% (cincuenta por ciento) de la o las siguientes.

En el caso de Pago por Rembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas que eligió libremente el Asegurado para su atención, de acuerdo al límite establecido por el Monto por Procedimiento Terapéutico.

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado Politraumatizado, 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 Monto por Procedimiento Terapéutico.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 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.

2. Gastos Hospitalarios

Quedan cubiertos los siguientes gastos generados por una hospitalización:

- a) **Habitación privada estándar** con baño.
- b) **Alimentos:** serán cubiertos los gastos por alimentos suministrados al Asegurado por prescripción del Médico tratante.
- c) Estudios de Laboratorio y Gabinete prescritos por el Médico tratante y relacionados al Accidente, Enfermedad o Padecimientos cubierto.

- d) Sala de operaciones, de curaciones, terapia intensiva o salas especializadas para atenciones específicas.
- e) **Trasfusiones de Sangre:** quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad, que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado
- f) **Medicamentos dentro del hospital:** quedan cubiertos los Medicamentos administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento y cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada.
- g) **Equipo de Anestesia y Material Médico** necesario para la atención del Asegurado.
- h) **Gastos del Acompañante:** se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.
- i) Atención general de **Enfermería**.

3. Cuidados en casa

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

- a) **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 (setecientos veinte) horas, lo que ocurra primero. A juicio de la Compañía este periodo se podrá extender por 30 (treinta) días más, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado y sea programado y coordinado por esta Compañía. **Quedan excluidos de este servicio en los casos de administración de Medicamentos por vía oral e intramuscular así como cuidados generales y servicios de acompañamiento, así como los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizadas para ejercer su profesión.**
- b) **Consumo de Oxígeno:** quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno, siempre que sean prescritos por el Médico tratante.
- c) **Renta de equipo tipo Hospital:** 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 Padecimiento cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, cumpliendo con las características funcionales solicitadas por el Médico tratante.

4. Terapias de rehabilitación

Quedan cubiertos los gastos por las siguientes terapias de rehabilitación: física, neurorehabilitación, hidroterapia, inhaloterapia y fisioterapia a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritas por el Médico tratante, se realicen en centros especializados certificados y sean proporcionados por personal que cuente con cédula de especialidad para ejercer medicina física y de rehabilitación expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. El pago estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador Médico contratado.

Se cubren 30 (treinta) sesiones de terapia de rehabilitación. Este periodo se podrá extender por 30 (treinta) sesiones más, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado, sea autorizado y programado por la Compañía.

Quedan excluidas las siguientes terapias: ocupacional, de lenguaje, recreativa, cognoscitiva y/o psicológica, vocacional y todas aquellas consideradas como tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.

5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia

Quedan cubiertos los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante.

Para cualquier tipo de cáncer, se cubren los tratamientos, aún sin haber contratado la cobertura adicional con costo del apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 1. Medicamentos fuera del Hospital (MFH).

No están cubiertos los gastos médicos y hospitalarios generados con motivo de tratamientos experimentales.

6. Cirugía Reconstructiva

Se cubren los gastos por cirugía reconstructiva a consecuencia de un Accidente y Enfermedad cubierto, siempre y cuando sea médicamente necesario.

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 y Hospitalización, únicamente durante el evento de donación o extracción del órgano. **Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.**

En caso de donadores cadavéricos se cubrirán únicamente los gastos del receptor.

Quedan cubiertos los trasplantes de célula madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas experimentales (no aprobados por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano). **No se pagarán los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madre para ser trasplantadas.**

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.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos por trasplante de córnea en Enfermedades o Padecimientos Preexistentes, aún con la contratación de la cobertura de Padecimientos Preexistentes.

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.

9. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o colocación de Prótesis, Aparatos Ortopédicos e implantes que se requieran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre que sean indicados por el Médico Tratante, no sean consideradas experimentales y con aprobación previa del gasto de la Compañía.

En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.



Se cubren sólo una vez implantes, injertos, Prótesis y Aparatos Ortopédicos por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento. **No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por cualquier causa de los mismos.**

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 AXA y,
- Hayan pasado 10 (diez) años contados a partir de la colocación. **Los reemplazos efectuados antes de este periodo, no estarán cubiertos;** 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.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos por Enfermedades o Padecimientos Preexistentes aún con la contratación de la cobertura Padecimientos Preexistentes.

10. Tratamiento Dental por Accidente

Se cubren los gastos por tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos a consecuencia de un Accidente cubierto. 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.

11. 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 28.**

12. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, en 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 paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legales y hasta que tal circunstancia se solucione.
- c) El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado hacia el destino elegido

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

- d) El paciente no tenga confirmada su reservación de Hospital y de ambulancia terrestre en el destino.
- e) Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el helipuerto.

La Ambulancia Aérea solo se cubrirá por pago por reembolso.

13. Consultas psiquiátricas

Se cubren como máximo 10 (diez) consultas psiquiátricas cuando a juicio del Médico tratante sean necesarias, para cualquiera de las siguientes causas:

- 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:
 - 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 y SIDA
 - Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades o Padecimientos.
 - Trasplante de órganos mayores.
 - Accidente de columna cuando se determine sección medular total o parcial.

Nota: Las consultas se cubrirán de acuerdo al Tabulador Médico contratado.

Exclusiones, en ningún caso se cubrirán las consultas psiquiátricas derivadas de una causa distinta a las mencionadas anteriormente.

14. 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 recomendados por el Médico tratante.

b. Gastos cubiertos con periodo de espera

Se cubren los gastos resultantes de los eventos que a continuación se mencionan, una vez que se haya cumplido el Periodo de Espera que en cada caso se estipula. **Las lesiones a consecuencia de un Accidente cubierto que presenten el carácter de Politraumatismo se cubrirán por esta Póliza sin considerar Periodos de Espera.**

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 a las condiciones contratadas.

1. Queda amparado 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 Reconocida 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.

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 diez meses de cobertura continua en la presente póliza o de Antigüedad Reconocida en AXA Individual en un plan con esta cobertura contratada:

- 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.

Este beneficio no aplica para los siguientes eventos, 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, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad y cuando se haya realizado un tratamiento para la reproducción asistida excepto lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 5. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos (CGMM).

1.3 Coberturas 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, así como Enfermedades o Padecimientos ocurridas al nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en la presente póliza o de Antigüedad Reconocida en AXA Individual y se haya notificado el nacimiento a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante la obligación del pago del alta del(de los) nuevo(s) Asegurado(s).

Se cubre circuncisión únicamente por fimosis.

Quedan excluidos los gastos del cunero fisiológico por recién nacido sano.

1.4 Padecimientos Genéticos

Se cubren los gastos por Padecimientos Genéticos de los Asegurados incluidos en la Póliza, siempre y cuando sean dados de alta durante los 30 (treinta) primeros días naturales siguientes de su nacimiento y la Madre Asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad Reconocida en AXA Individual al momento del nacimiento.

Para el caso de los Asegurados nacidos fuera de una Póliza de Gastos Médicos Mayores con la Compañía, se cubren los Padecimientos Genéticos, a partir de 5 (cinco) años de edad, siempre y cuando sus Signos o Síntomas 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.

1.5 Padecimiento Congénitos

Se cubren los gastos por Padecimientos Congénitos de los Asegurados incluidos en la Póliza, siempre y cuando sean dados de alta durante los 30 (treinta) primeros días naturales siguientes de su nacimiento y la Madre Asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad Reconocida en AXA Individual al momento del nacimiento.

Se cubre implante coclear para los Asegurados que cumplan las características enunciadas en el párrafo anterior.

Para el caso de los Asegurados cuya alta en esta póliza sea posterior a los 30 (treinta) primeros días naturales siguientes de su nacimiento, se cubren los Padecimientos Congénitos a partir de alta del Asegurado, siempre y cuando sus Signos o Síntomas 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.

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 del Asegurado afectado, los gastos resultantes por Accidente o Enfermedad de:

- 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, derivado del cáncer de glándulas mamarias se cubre la reconstrucción de ésta.
- 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

Los Padecimientos o Enfermedades anteriormente mencionados no quedarán cubiertos si son Preexistentes a la contratación de la póliza, salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 3. Preexistencias (PRE).

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

Se cubren, a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente póliza o Antigüedad Reconocida del Asegurado afectado, los gastos resultantes por Accidente, Enfermedad o Padecimiento de:

- 3.1 Nariz 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 únicamente por fimosis, siempre y cuando haya pasado por una segunda opinión médica.
- 3.6 Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.
- 3.7 Cirugía para corrección de cataratas (incluyendo lente intraocular).

Estas Enfermedades o Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes a la contratación de la póliza, salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 3. Preexistencias (PRE).

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 resultantes por Enfermedad 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 no hayan sido detectados antes o durante el periodo 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 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.

Tampoco serán cubiertos durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de VIH o SIDA.

4.2 Cirugía bariátrica

Se cubre los gastos una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera especificado para esta cobertura, por única ocasión y solo 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

Lo anterior, siempre y cuando, el Asegurado cumpla con los 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.

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.

c. Servicios de Asistencia incluidos

1. 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
Una 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

2. 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.
- Síntomas o molestias que le aquejen.

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

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

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

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

b. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial 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 especial de Servicios de Asistencia; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

c. Envío de ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance con el consentimiento del Asegurado gestionará su traslado del Beneficiario 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 y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

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

IV. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo quedan cubiertos los gastos erogados por tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente 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 Asegurado Titular o Contratante. Se cubren los gastos correspondientes, hasta agotar la Suma Asegurada o Periodo de Pago de Siniestro contratados lo que ocurra primero, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de Póliza:

1. Medicamentos fuera del Hospital (MFH)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía responderá por el reembolso de gastos por medicamentos fuera del hospital a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, únicamente en territorio nacional.

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 Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.

Exclusiones:

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección 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 meses.

2. Maternidad Extendida (MATE)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía podrá incrementar la Suma Asegurada básica para la cobertura de Ayuda por Maternidad, la nueva Suma Asegurada se especifica en la carátula de Póliza.

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, siempre y cuando la Asegurada cumpla con un Periodo de Espera de 10 meses de cobertura continua en ella y con la misma opción de Suma Asegurada. Si se solicita un incremento en la Suma Asegurada de esta cobertura, correrá un nuevo periodo de espera de 10 (diez) meses a partir de dicho cambio para obtener el beneficio de la nueva Suma Asegurada.

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 la Póliza para esta cobertura, y no aplicará Deducible, ni Coaseguro.

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.

Exclusiones

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.

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 Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.

Exclusiones

- 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 cardiacos, Accidentes Vasculares Cerebrales.
 - VI. Padecimientos reumatalógicos 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.

4. Deducible Cero por Accidente (DED0)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, 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 00/100 M.N.)**.

En caso de Accidente cubierto se modifica la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. plicación de Coaseguro 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 la Póliza.
- b) El Coaseguro y los límites citados en el contrato de seguro se aplicarán para cada Accidente cubierto.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Exclusiones

- a) **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.**

5. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos (CGMM)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía cubrirá los gastos médicos erogados en territorio nacional, a consecuencia de cualquier complicación derivada de:

- 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.

Quedan cubiertos los gastos:

- a) De las complicaciones siempre y cuando se confirme la Urgencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado cesará la Urgencia 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 este beneficio es de \$600,000 M.N.**
- b) **Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.**

Exclusiones

- a) **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales y que no se mencionen específicamente dentro de esta cobertura.**

6. Cobertura Nacional (CoNa)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, 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 el inciso c) del apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de la cláusula 30. Pago de Indemnizaciones sección VI. Cláusulas Generales 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 la Póliza.**

Exclusiones

- 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 la sección 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, la Compañía reconocerá los padecimientos que hayan sido diagnosticados 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 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:

- a) Para la cobertura básica y coberturas adicionales con costo descritas en la carátula de póliza, de acuerdo a lo estipulado en la sección III. Cobertura Básica y en la sección 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) Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.

Exclusiones

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.
- b) Padecimientos preexistentes a esta Póliza salvo aquellos que cumplan con las características y condiciones para ser reconocidos por esta cobertura.
- c) Padecimientos preexistentes a la fecha de alta del Asegurado en la póliza colectiva.
- d) 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, 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 la 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 la 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, encontrarse previamente 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 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 Sección VII. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. 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 Preexistencia 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 Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.**

Exclusiones

- i. **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones Gastos no Cubiertos de estas condiciones generales.**
- ii. **La contratación de esta cobertura deja sin efecto la cobertura de Ayuda por Maternidad y Maternidad Extendida.**

9. Emergencia en el Extranjero (EMER)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Urgencia Médica por algún Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, 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 Urgencia 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, Órtesis 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) Esta cobertura es aplicable únicamente bajo la modalidad de Pago por Rembolso.
- e) La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cobertura son independientes y no son acumulables.

Esta cobertura no aplica:

- a) Para las complicaciones del embarazo y del(los) recién nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 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 la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.

10. Enfermedades cubiertas en el Extranjero (ECE)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, 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 inicio de Signos o Síntomas, 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 Enfermedades amparadas por esta cobertura y son:

10.1 Cáncer

Se cubre el 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 los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

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 cadavéricos 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 Urgencia 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 cubiertas, a través de los prestadores en convenio de Médicos consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con la Enfermedad grave cubierta.

Para acceder al beneficio, amparado por esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir con alguno de los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de afecciones mayores enlistadas anteriormente, amparadas en la presente cobertura y que no requieran manejo de urgencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.
- b) Enfermedad o Padecimientos, que por su complejidad sea requerido el servicio de Case Management (UGE acompañamiento durante el siniestro).

Para solicitar el servicio de Segunda Opinión Médica, 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 Rembolso.

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) Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de la 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 Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.

Esta cobertura no aplica para:

Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.

- a) Casos en los que el Asegurado no cumpla con la precertificación.
- b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.

11. Atención en el Extranjero (ATEX)

Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, 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) Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de la 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 Sección VI. Cláusulas Generales, cláusula 30. Pago de Indemnizaciones, apartado 30.1. Aplicación de Coaseguro de estas condiciones generales.

Exclusiones

- 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 la sección V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas condiciones generales.

12. Cliente distinguido (DIST)

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

12.1. 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.

Este beneficio no aplica para:

Las coberturas de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida, Emergencias en el Extranjero, Enfermedades cubiertas en el Extranjero y Atención en el Extranjero.

12.2. 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 paciente 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 de Gastos Médicos Mayores Individual.

12.3. \$500.00 (quinientos) pesos por día de indemnización para alimentos del acompañante, por un máximo de 30 días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante el evento hospitalario cubierto por la Compañía.

12.4. \$100.00 (cien) pesos por día de indemnización para gastos de estacionamiento, por un máximo de 30 días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante el evento hospitalario cubierto por la Compañía.

12.5. 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 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.

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, 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 apropiado

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

- a) El traslado del Beneficiario 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.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

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.

Beneficiarios: el Solicitante Titular

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 conjunto, 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.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

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 Assistance 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 podrá ser 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 está disponible las 24 horas.

V. Exclusiones (Gastos no cubiertos)

El presente Contrato de Seguro no cubre gastos que se originen por:

1. Padecimientos Preexistentes excepto lo estipulado en el inciso IV. Coberturas Adicionales con costo en el numeral 3. Preexistencias en caso de contratación.
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 1.5 Padecimientos Congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
4. Aborto sin importar cual sea su causa, así como sus complicaciones.
5. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 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. Gastos de criopreservación de cordón umbilical.
7. Los gastos de la madre biológica y de la mujer gestante en caso de maternidad subrogada.
8. Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el recién nacido, cuando se haya realizado un tratamiento para la reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. 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, salvo lo especificado en la cobertura de Complicaciones de Gastos Médicos no cubiertos numeral 5. Del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.
9. 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. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado, excepto lo estipulado en la cobertura 7. Trasplante de Órganos.
10. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
11. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia del alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

12. Procedimientos o tratamientos de carácter estético, cosmetológico o plástico o para la calvicie, salvo lo especificado en la cobertura de complicaciones de Gastos Médicos no cubiertos numeral 5. Del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.
13. Tratamientos dietéticos, de obesidad y de anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado en el inciso IV. Coberturas adicionales con costo numeral 5. Complicaciones de Gastos Médicos no cubiertos.
14. Procedimientos o tratamientos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo la cirugía bariátrica para tratamiento de diabetes y para reflujo, salvo lo especificado en la cobertura 4.2. Cirugía bariátrica y lo especificado en el inciso IV. Coberturas adicionales con costo numeral 5. Complicaciones de Gastos Médicos no cubiertos.
15. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
16. Gastos médicos derivados de tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, trastornos de la conducta, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas. La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los tratamientos y/o terapias antes mencionadas aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este contrato de seguro.
17. Gastos médicos derivados de tratamientos y/o terapias de rehabilitación o motoras, de aprendizaje, neurolingüísticas y de lenguaje, cualquiera que sea su origen. La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los tratamientos y/o terapias antes mencionadas aun cuando éstas medicamente se encuentren justificadas y deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este contrato de seguro.
18. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.
19. 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, salvo lo especificado en el inciso IV. Coberturas adicionales con costo numeral 12. Cliente distinguido.
20. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedad o Padecimientos, cuyos gastos estén cubiertos, excepto lo mencionado en el inciso C. Servicios de Asistencia incluidos numeral 1. Protección Dental de estas condiciones generales.
21. Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria, con beneficio incierto y/o con fines preventivos.

22. Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos experimentales.
23. Gastos médicos y hospitalarios derivados de tratamientos y/o medicamentos que no estén legalmente autorizados en México, es decir, no aprobados por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano.
24. Gastos médicos y hospitalarios derivados de tratamientos experimentales aun cuando los medicamentos utilizados en ellos cuenten con registro y autorización para su uso y comercialización en México.
25. Cualquier gasto médico derivado de tratamientos médicos cuya eficacia o beneficio a la salud de los asegurados no esté plenamente probado.
26. Las lesiones autoinflingidas y el intento de suicidio, aun cuando se hayan cometido en estado de enajenación mental.
27. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
28. Lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica de box thai, motonáutica y automovilismo (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 derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.
29. 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.
30. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos, abuelos.
31. 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.
32. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento médico y/o quirúrgico.
33. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra y lo especificado en el inciso IV. Coberturas adicionales con costo numeral 11. Cliente distinguido.
34. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.
35. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra).

36. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos:

- a) Fórmulas lácteas.
- b) Suplementos y complementos alimenticios.
- c) Multivitamínicos.
- d) Cosméticos y dermatológicos.
- e) Medicamentos fuera del hospital, salvo lo estipulado en la cláusula IV. Coberturas adicionales con costo numeral 1. Medicamentos fuera del Hospital.
- f) Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
- g) Medicamentos no autorizados para su venta en México.
- h) Medicamentos de acción de terapia celular.
- i) Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- j) Fórmulas naturistas.
- k) Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
- l) Gastos por medicamentos que no se encuentren registrados bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado.

37. Gastos erogados fuera de la república mexicana a excepción de lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo en el inciso 8. Emergencias en el Extranjero (EMER), 9. Enfermedades cubiertas en el Extranjero (ECE) y 10. Atención en el Extranjero (ATEX).

38. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.

39. Aparatos auditivos e implantes cocleares.

40. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.

41. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.

42. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes condiciones generales.

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, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no aplica cuando se trate de renovaciones o Urgencias Médicas.
- c) La Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza aplicará para cada uno de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos por el presente contrato, por Asegurado, por el periodo de pago de siniestro contratado y el periodo de pago del beneficio y no será reinstalable.

2. Contrato de Seguro o Póliza

Mediante este contrato, 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 ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas.

Este contrato de seguro está formado por:

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

3. Reconocimiento de Antigüedad

Beneficio que se otorga al Asegurado cuando ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores con ésta u otra compañía, siempre y cuando sea reconocido al momento de la contratación de este seguro previa acreditación por parte del Asegurado a la Compañía de la continuidad de cobertura en esta o en otra compañía.

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 de la sección III. Cobertura básica de estas condiciones generales, incluyendo:

- Ayuda por Maternidad
- VIH o SIDA
- Preexistencias, en caso de contratación

Excepto Cirugía bariátrica.

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 de la sección III. Cobertura básica de estas condiciones generales, **excepto:**

- **Ayuda por Maternidad, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada de la sección IV,**
- **Cirugía bariátrica.**
- **VIH o SIDA, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada de la sección IV,**
- **Preexistencias de la sección IV coberturas adicionales con costo.**

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 de la sección III. Cobertura básica de estas condiciones generales, **excepto:**

- **Ayuda por Maternidad,**
- **Cirugía bariátrica.**
- **VIH o SIDA.**
- **Preexistencias.**

4. Periodo de Beneficio

Este periodo aplica:

a) En caso de terminación.

No renovación o cancelación del Contrato de Seguro, la Compañía cubrirá el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero de:

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

b) Si la póliza se renueva o recontrata.

Sin interrupción alguna a petición del Contratante, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto hasta agotar la Suma Asegurada o Periodo de Pago de Siniestro o la recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado, lo que ocurra primero, siempre y cuando la renovación o recontratación mantenga condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas en lo que se refiere a:

- i) Periodo de beneficio en caso de cancelación o no renovación.
- ii) Ubicación geográfica y ubicación en plan de acuerdo con el nivel de costos de los Prestadores en Convenio.
- iii) Coberturas adicionales (opcionales).
- iv) Participación del Asegurado en el siniestro (Deducible y Coaseguro).



5. Periodo de Gracia

Lapso contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o primer recibo 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 cesarán automáticamente a las 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. En este caso no procederá el servicio de Pago Directo.

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 reembolso.

6. Periodo al Descubierto

Periodo durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente contrato de seguro. Se genera por falta de pago de primas. No procederá el pago de gastos erogados durante este periodo o Padecimientos o Accidentes cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante dicho periodo.

7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado 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 los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

b) Notificaciones

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

8. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato de Seguro será de un año y entra en vigor desde la fecha estipulada en la carátula de la póliza.

9. 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, según establezca la presente póliza.

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

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la carátula de la póliza. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 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 cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

10. Cancelación del Contrato

Este contrato podrá cesar en sus efectos en el siguiente caso:

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

11. Terminación de Contrato

Este contrato podrá cesar en sus efectos o resolverse por mutuo consentimiento en el siguiente caso:

- a) Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia durante este período. En caso contrario se devolverá el total de la prima pagada siempre y cuando no exista un siniestro abierto.

12. Terminación Anticipada

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

El Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado anticipadamente el presente contrato, y sin necesidad de intervención judicial alguna, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten los asegurados o contratante para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante, el Asegurado, 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 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 la terminación anticipada del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.



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

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

Bajo ninguna circunstancia la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado la terminación anticipada de contrato.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante y/o el Asegurado 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 terminación, pero reintegrará al contratante o asegurado, según corresponda, la parte que, en las circunstancias descritas, se deje de devengar.

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 la cobertura mediante solicitud del Contratante 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 meses de alta en esta Póliza o de Antigüedad Reconocida en AXA Individual, al momento del parto o cesárea y
- Se notifique a la Compañía dentro de los 30 días posteriores a ocurrido el nacimiento.

En ambos casos 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) de el(los) Asegurados de la Póliza, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante. La baja aplicará a partir de la fecha de la solicitud de la misma y por lo tanto los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza.

16. Ajustes

En caso de altas de Asegurados o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente. En el caso de bajas de Dependientes Económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza.

Cuando el Contratante solicite cambio de Plan o de condiciones, la Compañía podrá reconocer antigüedad siempre y cuando las nuevas condiciones solicitadas sean congruentes en cobertura, Suma Asegurada, Periodo de Pago de Siniestro, Gama Hospitalaria, Deducible y Coaseguro. Lo anterior, en el entendido de que la Compañía podrá llevar a cabo procedimientos de selección médica.

17. Cambio de Plan

En caso de que la Compañía acepte el cambio de plan solicitado por el Contratante y la póliza cuente con un siniestro abierto, éste se pagará con las condiciones menores entre ambos planes, aplicando el Coaseguro mayor y ajustando el Deducible y tope de Coaseguro al mayor entre ambos planes.

18. Determinación de Preexistencia en Caso de Duda

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Enfermedades y/o Padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, 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 y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá o no aceptar el riesgo declarado.

19. Separación de Póliza

Cualquier Asegurado que haya solicitado su baja 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 baja. No requerirá para ello pruebas de asegurabilidad.

En caso contrario podrá contratar una Póliza nueva pasando por el proceso de contratación de Póliza nueva.

20. Renovación y/o Recontratación

Este Contrato de Seguro se renovará por periodos de un año. Dicha renovación, se realizará a petición del Contratante dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo.

La renovación y/o recontratación de la póliza se hará de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes, siempre y cuando el Contratante lo solicite previa notificación por escrito durante los últimos 30 (treinta) días naturales de vigencia de la póliza.

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

En el caso de Asegurados con siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación; la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará y/o recontratará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como el

pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado.

En el caso de Asegurados en los que no existan siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación; la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto impedimento o incapacidad exceda a 1 año, le renovará y/o recontractará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que tenía dicho plan, así como el pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión erogados durante la vigencia que terminó, debiendo el Asegurado cubrir las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado. En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos médicos derivados de enfermedades o accidentes erogados con posterioridad a los 30 días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de vigencia del seguro.

21. Rehabilitación

Si la póliza se cancela por falta de pago, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del periodo de gracia señalado en la cláusula 9. Primas de la sección VI. Cláusulas generales, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado. Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. En caso de que el comprobante de pago no contenga la hora se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago. En caso de pago fraccionado, aplica únicamente para el primer recibo.

En ningún caso, la Compañía cubrirá siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el periodo al descubierto, así como Padecimientos detectados durante este periodo.

22. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 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 que establece lo siguiente: Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán en dos años, "... el plazo 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".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, el término de la prescripción se suspende 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, Enfermedades cubiertas en el Extranjero, Atención Médica en el Extranjero, 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 ⁴⁸Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de sus Asegurados cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del Titular, 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 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago. La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

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

25. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

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

La Compañía comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa 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 reclamante podrá hacer valer sus derechos ante:

- a) La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b) El Protector del Asegurado AXA, sujeto a los términos y condiciones de su operación. Términos y Condiciones en **www.elprotectoraxa.com.mx**.
- c) 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 General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Las reclamaciones por riesgos cubiertos bajo el presente contrato deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 737 76 63 (opción 1)

En el Distrito Federal: 5169 2746 (opción 1)

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

Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.axa.mx/Personas/ServicioAXA/centrosatencion

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

Registro electrónico de comentarios: axa.mx/Personas/ServicioAXA/Contactanos/Paginas/Quejas.aspx

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 nacido y hasta los 64 años. En los casos de renovación, la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso 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, 172 y 173 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 correspondiente a la edad real y la prima de la edad declarada. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de acuerdo con el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.



- d) Cuando exista un error en la edad imputable a la Compañía, se calculará la prima en base a 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

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 días hábiles siguientes de que éste ocurra.
- b) Para proceder al pago de la Cobertura de Tratamiento Psiquiátrico o 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 Asegurados obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo.
- b) El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 21. 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 Coaseguro

- 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	Esmeralda	Zafiro
Diamante	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Esmeralda	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

30.2 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 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 puntos porcentuales sobre el gasto hospitalario, al contratado y especificado en la carátula de póliza.

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

- a) **Cualquier procedimiento no aprobado por las instituciones nacionales 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.

Siempre que se utilice el sistema de Pago por Rembolso el Asegurado ratifica que a su elección contrató por nombre y cuenta de la Compañía los proveedores de los servicios médicos tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico, 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 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. Peritaje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un Perito Médico elegido de común acuerdo entre el reclamante 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 reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el Perito Médico elegido por el reclamante y por la Compañía quienes al momento de acudir a ella 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 reclamante.

34. 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. Representante

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

d. Servicios de Asistencia

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

e. Situación de Asistencia

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

f. Territorialidad

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

g. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su lugar de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia.

h. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

i. Residencia Permanente (Domicilio)

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

j. Servicios de Asistencia

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

34.1. Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

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

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

b. Traslado Médico Terrestre

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

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

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

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

c. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y 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 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.

34.2. Normas generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d. Subrogación

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

34.3. 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. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.**
- III. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**
- IV. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:**
 - a. La participación del asegurado en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b. Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunamis, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.**
 - c. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - d. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - e. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.**
 - f. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**
 - g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - h. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.**
 - i. Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.**
 - j. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.**



- k. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- l. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- p. La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- q. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- s. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.
- t. La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- u. Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

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

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;

Art. 276

<p>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;</p> <p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. <p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p> <p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.</p>	<p>Art. 276</p>
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p>	<p>Art. 277</p>

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.	Art. 277
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	
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. 8
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. 9
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. 10
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. 25
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. 40
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.	Art. 53
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación	Art. 54
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70

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. 71
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art. 171
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	Art. 172
Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado. Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.	Art. 173
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros	
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;	Art. 50 bis

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

<p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p> <p>VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;</p> <p>Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.</p> <p>VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.</p> <p>Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.</p> <p>En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.</p> <p>En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.</p> <p>La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;</p> <p>La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.</p> <p>Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

<p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	<p>Art. 68</p>
<p>En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.</p>	<p>Art. 70</p>
<p>Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.</p>	<p>Art. 71</p>
<p>En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.</p>	<p>Art. 72 BIs</p>
<p>Ley Monetaria</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 8</p>

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 Statistical 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 02 de Agosto del 2017, con el número CNSF-S0048-0391-2017.

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI-287 AGOSTO 2017

