



Gastos Médicos Mayores

Acciones para vivir protegido

Protección Diabetes
Flex Plus®

Condiciones Generales

Índice

	Página
1. Definiciones	6
1. Accidente	6
2. Aparatos Ortopédicos	6
3. Asegurado	6
4. Auxiliares Médicos Mecánicos	6
5. Cambio de Plan	7
6. Coaseguro	7
7. Cataratas	7
8. Cetoacidosis	7
9. Compañía	7
10. Consulta	7
11. Contratante	8
12. Contrato de Seguro o Póliza	8
13. Deducible	8
14. Endoso	8
15. Enfermedad o Padecimiento	8
16. Evento Médico	8
17. Fecha de Alta	9
18. Fractura	9
19. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)	9
20. Gama Hospitalaria	9
21. Glaucoma	9
22. Hipoglicemia	9
23. Hospital, Clínica o Sanatorio	9
24. Hospitalización	10
25. Índice de Masa Corporal	10
26. Insuficiencia arterial y/o venosa de miembros inferiores	10
27. Medicamento	10
28. Medicina alternativa y Complementaria	11
29. Médico	11
30. Miembros Bilaterales	11
31. Neuropatía Diabética	11
32. Padecimiento Congénito	11
33. Padecimiento Genético	11
34. Padecimientos Cardiovasculares	11
35. Padecimientos Preexistentes	12
36. Padecimientos Renales	12
37. Pago Directo	12

Índice

	Página
38. Pago por Reembolso	12
39. Periodo de Espera	12
40. Periodo de Pago de Siniestro	12
41. Plan	13
42. Politraumatismo	13
43. Prestadores en Convenio	13
44. Programación de Servicios	13
45. Prótesis	13
46. Retinopatías	14
47. Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico	14
48. Siniestro	14
49. Solicitud de Seguro	14
50. Suma Asegurada	14
51. Tabulador Médico	14
52. Tipo de Pago	14
53. Tratamiento o Terapia	14
54. Tratamientos Experimentales	14
55. Emergencia Médica	15
56. Vigencia	15
II. Objeto del Seguro	15
III. Cobertura Básica	15
a. Gastos Médicos Mayores cubiertos	16
1. Honorarios Médicos	16
2. Gastos Hospitalarios	17
3. Cuidados en Casa	18
4. Terapias de Rehabilitación	19
5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia	20
6. Cirugía Reconstructiva	20
7. Estudios de Laboratorio y Gabinete	20
8. Prótesis y Aparatos Ortopédicos	20
9. Equipo Médico	21
10. Auxiliares Médicos Mecánicos	22
11. Tratamiento Dental por Accidente	23
12. Práctica Amateur de Deportes	23

Índice

	Página
13. Ambulancia	23
14. Apoyo Psicológico	23
15. Medicina Alternativa	24
16. Cirugía con Robot	24
17. Consultas de Monitoreo	24
b. Gastos cubiertos para Padecimientos Específicos	26
c. Gastos cubiertos con Periodo de Espera	27
1. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses	27
2. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses	27
3. Queda amparado a partir de 36 (treinta y seis) meses	28
4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses	28
IV. Coberturas Adicionales con Costo	29
1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)	29
2. Emergencia en el Extranjero (EMER)	30
V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos)	31
VI. Cláusulas Generales	37
1. Cobertura del Contrato de Seguro	37
2. Contrato de Seguro o Póliza	37
3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera	38
4. Periodo de Beneficio	38
5. Periodo de Gracia	39
6. Periodo al Descubierto	39
7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	39
8. Vigencia	39
9. Primas	40
10. Cancelación del Contrato	40
11. Extinción de Obligaciones	40
12. Revelación de Comisiones	42
13. Cambio de Plan	42
14. Examen Médico	42
15. Recontratación	42
16. Rehabilitación	44
17. Prescripción	44
18. Zona de Cobertura (Territorialidad)	45
19. Moneda	45
20. Omisiones o Inexactas declaraciones	45

Índice

	Página
21. Agravación del Riesgo	46
22. Competencia	46
23. Edad	47
24. Siniestros	48
25. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	48
26. Interés Moratorio	50
27. Beneficios Fiscales	50
28. Arbitraje Médico	50
29. Entrega de la Documentación Contractual	51
30. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance	51
31. Responsabilidad de la Compañía	56
VII. Artículos citados en las Condiciones Generales	57
VIII. Significado de Abreviaturas	65
IX. Registro	66
Servicios de Asistencia incluidos	66
1. Protección Dental	66
2. Tu médico 24 horas	67

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

Gastos Médicos Mayores Protección Diabetes 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 en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes del Accidente.

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

Se considerarán Accidentes las lesiones de nariz siempre y cuando el Asegurado de aviso a la Compañía con al menos 30 (treinta) días después de haber ocurrido el Accidente y se cubrirá, solo si presenta una radiografía en donde se verifique que existe Fractura de huesos propios de la nariz.

Para el caso de columna vertebral y rodilla se considerará Accidente cuando se presente Fractura.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellos casos donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que le dio origen.

2. Aparatos Ortopédicos

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

3. Asegurado

Persona incluida en la Póliza, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud de Seguro y sobre la que recaen los riesgos cubiertos que en adición al Contratante puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

4. Auxiliares Médicos Mecánicos

Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento del Asegurado que cursa una Enfermedad o Padecimiento o se encuentra en el periodo de recuperación de la salud.

5. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado para finalizar su Contrato de Seguro antes de la Vigencia establecida en la carátula de Póliza vigente y celebrar un nuevo Contrato de Seguro.

Para el caso de Cambio de Plan el Asegurado deberá requisitar la Solicitud de Seguro correspondiente y podrá modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Deducible.
- Periodo de Pago de Siniestros.
- Altas o Bajas de Coberturas adicionales con costo.

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

La Compañía puede o no aceptar dicho Cambio de Plan.

En caso de ser aceptado el Cambio de Plan, la Compañía deberá notificarlo por escrito, emitiendo una Póliza nueva, con estas nuevas condiciones.

6. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado después de aplicar el Deducible. El Coaseguro se aplicará en toda reclamación presentada a la Compañía, relacionada con el Siniestro que le dio origen y respecto de cada gasto cubierto.

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

7. Cataratas

Opacidad de la lente natural (o cristalino) del ojo, que se encuentra detrás del iris y la pupila. Es la causa más común de pérdida de visión en personas mayores de 40 (cuarenta) años y es la causa principal de ceguera en el mundo. Su tratamiento implica la resección del cristalino y la colocación de un lente graduado dentro del ojo.

8. Cetoacidosis

Es un estado metabólico asociado a una elevación en la concentración de los cuerpos cetónicos en la sangre cuando el organismo de un paciente diabético falla en la utilización de las grasas llevando a la acumulación de ácidos y a la disminución del pH sanguíneo. En casos severos, esta alteración puede resultar fatal.

9. Compañía

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

10. Consulta

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

El Médico tratante debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

11. Contratante

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

12. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud de Seguro y cuestionario anexo.
- b) La carátula de Póliza.
- c) Condiciones Generales.
- d) Endosos.
- e) Tabulador Médico.
- f) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, este o un tercero, hayan requisitado a solicitud de la Compañía.

13. Deducible

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

Este concepto no es rembolsable y tampoco compensable.

14. Endoso

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

15. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite Tratamiento médico o quirúrgico.

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

16. Evento Médico

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

17. Fecha de Alta

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

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

18. Fractura

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

19. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)

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

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

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

20. Gama Hospitalaria

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

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

Se puede consultar la Gama Hospitalaria de cada uno de Hospitales, Clínicas o Sanatorios en la página de internet axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios

21. Glaucoma

Enfermedad que ocurre generalmente cuando se produce un aumento en la cantidad de líquido que se acumula en la parte delantera del ojo. El exceso de fluido aumenta la presión en el ojo y esa presión elevada daña el nervio óptico. El glaucoma es la causa principal de ceguera en personas mayores de 60 (sesenta) años y frecuentemente, la ceguera debida al glaucoma puede prevenirse si se detecta y trata en forma precoz.

22. Hipoglucemia

Condición que se caracteriza por niveles bajos de glucosa en la sangre (anormales), usualmente menos de 70 mg/dl (setenta miligramos por decilitro). Cada persona reacciona a la hipoglucemia de forma diferente, por lo cual es primordial que los Asegurados conozcan sus propios síntomas cuando sus niveles de azúcar estén bajos. Una hipoglucemia severa puede causar Accidentes, lesiones, coma y la muerte.

23. Hospital, Clínica o Sanatorio

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

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

24. Hospitalización

Estancia continúa 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, Clínica o Sanatorio y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

25. Índice de Masa Corporal (IMC)

Peso en kilogramos dividido entre la talla expresada en metros y elevada al cuadrado.

26. Insuficiencia arterial y/o venosa de miembros inferiores

Grupo de Enfermedades generadas por la incapacidad del sistema arterial de llevar suficiente oxígeno a los tejidos y/o por la incapacidad de las venas de sacar la sangre venosa (no oxigenada) de los tejidos distales. Entre las más frecuentes se encuentran la isquemia de dedos y pies, el pie diabético, las úlceras venosas y amputaciones.

27. Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) u el organismo equivalente fuera de territorio nacional, 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; asimismo el Medicamento debe de cumplir con cada uno de los siguientes puntos según corresponda.

En territorio nacional:

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

En territorio extranjero:

- Presentar receta emitida por el Médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe de estar relacionado con un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

-
- Presentar factura del proveedor en el extranjero que surte el Medicamento.
 - Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>

28. Medicina Alternativa y Complementaria

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

29. Médico

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

La prescripción que haga el Médico deberá contener lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica Capítulo III, Artículos 64 y 65.

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

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

30. Miembros Bilaterales

Aquellos órganos u áreas que son pares (oído, rodilla, pulmones, etc.) en el que existe uno de lado derecho y otro de lado izquierdo.

31. Neuropatía Diabética

Alteración de los nervios periféricos que conducen los impulsos nerviosos desde las extremidades hacia el cerebro y de regreso del cerebro hacia las extremidades. Esta alteración generada por el exceso de glucosa en la sangre produce alteración de la sensibilidad como dolores, piquetes, adormecimiento, y/o entumecimiento primordialmente en las palmas de las manos y plantas de los pies (en guante).

32. 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.

33. Padecimiento Genético

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

34. Padecimientos Cardiovasculares

Grupo de Enfermedades que se originan por el daño crónico de la hiperglucemia al corazón y al sistema circulatorio en general. Se dividen en Enfermedades cardíacas (Infarto agudo al miocardio, miocardiopatías e insuficiencia cardíaca) y Enfermedades vasculares, entre las que se encuentran la trombosis o la hemorragia cerebral (EVC), pulmonar, o de otros órganos y tejidos.

35. Padecimientos Preexistentes

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

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

36. Padecimientos Renales

Grupo de Enfermedades que afectan las células del riñón (Nefropatías), sus estructuras asociadas, como el sistema de conductos que transportan la orina del riñón a la vejiga (pelvis renal y ureteros) y las estructuras vasculares que alimentan los riñones (arterias y venas). Todas estas Enfermedades pueden producir una disminución en la función de los riñones y llevar a insuficiencia renal avanzada.

37. Pago Directo

Proceso mediante el cual la Compañía realiza el pago al prestador, por la atención médica brindada al Asegurado, siempre que se trate de un Prestador en Convenio.

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

38. Pago por Reembolso

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

39. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza hasta la fecha de la realización del Siniestro, a fin de que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía, tal como se describen en los apartados correspondientes del apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales inciso b. Gastos cubiertos para Padecimientos Específicos e inciso c. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

40. 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 con las especificaciones del presente Contrato de Seguro.

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

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

41. Plan

Conjunto de condiciones seleccionadas por el Asegurado y/o Contratante, que integran un Contrato de Seguro, tales como Deducible, Periodo de Pago de Siniestro, coberturas adicionales con costo, incluyendo Endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

42. Politraumatismo

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

Se entiende por Politraumatismo a:

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

Tales Politraumatismos deberán ser originados en un mismo Siniestro.

43. Prestadores en Convenio

Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso. Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que este seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Prestadores en Convenio con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

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

44. Programación de Servicios

Proceso previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o Tratamiento médico, mediante el cual se valora la procedencia de los servicios médicos, de acuerdo con las condiciones generales

45. Prótesis

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

46. Retinopatías

Grupo de Enfermedades que comparten el producir daño a la retina, con el consecuente desarrollo de ceguera e incapacidad.

47. Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico

Es una complicación metabólica de la diabetes mellitus caracterizada por hiperglucemia, deshidratación extrema, aumento en la concentración de partículas en el plasma y alteración del nivel de conciencia. Las complicaciones de este estado incluyen coma, convulsiones y la muerte.

48. Siniestro

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

49. Solicitud de Seguro

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

50. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por el Asegurado y para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada se define con base en el proceso de suscripción efectuado por la Compañía y se encuentra estipulada para cada cobertura y/o beneficio adicional de estas Condiciones Generales.

51. Tabulador Médico

Listado de los montos de Honorarios Médicos por tipo de procedimiento, que la Compañía cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Este monto presentado por procedimiento incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos que intervienen en el Evento Médico.

El Tabulador Médico establece el monto máximo a pagar por la Compañía para cada uno de estos conceptos.

El listado correspondiente se encuentra publicado en la página de internet <https://axa.mx/documents/20241/21914/Flex-Plus-Tabulador-Medico.pdf>

52. Tipo de Pago

Proceso mediante el cual la Compañía cubrirá los gastos por la atención médica brindada al Asegurado. Los tipos de pago que puede utilizar el Asegurado son Programación de Servicios, Pago Directo y Pago por Reembolso.

53. Tratamiento o Terapia

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

54. Tratamientos Experimentales

Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos controlados y que aún no se consideran Tratamientos estándar para su uso de manera generalizada por todos los Médicos registrados. Dichos Tratamientos están clasificados en 4 fases y al finalizar todas las fases deberán tener permisos de

las siguientes autoridades: la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América y la cual lo puedes consultar en <https://www.fda.gov/>, y en caso de Tratamientos oncológicos, la National Comprehensive Cancer Network la cual incluye protocolos médicos Experimentales y el cual lo podrás consultar en <https://www.nccn.org/>.

55. 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.

56. Vigencia

Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la carátula de Póliza, el cual no podrá ser mayor a un año.

Para efectos del Periodo de Pago de Siniestros, si este es mayor a 1 año, el Contratante deberá de solicitar la Recontratación de la Póliza de acuerdo con los términos establecidos en la cláusula 14 de estas Condiciones Generales para dar continuidad al pago de Siniestros.

II. Objeto del Seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado que a la celebración de contrato cuente con diagnóstico de Diabetes tipo 2, los gastos en que incurra con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo y que los procedimientos estén apegados a la Guía de Práctica Clínica (GPC) emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hasta por los límites establecidos para cada inciso de la cobertura básica y/o coberturas adicionales y que ésta se encuentra vigente al momento de ocurrir el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro del territorio nacional y la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

Se puede consultar la Guía de Práctica Clínica en la página de internet del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

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

III. Cobertura Básica

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios y que los procedimientos estén apegados a la Guía de Práctica Clínica (GPC) emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

Se cubren los gastos erogados por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento hasta los límites estipulados a continuación y en la cláusula 3. Periodo de Beneficio de estas Condiciones Generales.

Límites de responsabilidad:

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a. El límite máximo de responsabilidad para efectos de esta cobertura será de \$20,000,000 M.N. (Veinte millones de pesos), excepto en los casos donde se especifique un límite distinto a este.

La suma asegurada en ningún caso será reinstalable.

- b. Aplica el deducible indicado en la caratula de la Póliza.
- c. Aplica el Coaseguro estipulado en la cláusula 24. Pago de Indemnizaciones, inciso 24.2 Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

a. Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios Médicos

Los Honorarios Médicos se pagarán de acuerdo con los montos establecidos en el Tabulador Médico y sin cobro de coaseguro.

Tipo de Pago	Tabulador Médico
Programación y Pago Directo	Roble
Reembolso	Caoba

El listado correspondiente se encuentra publicado en la página de internet <https://axa.mx/documents/20241/21914/Flex-Plus-Tabulador-Medico.pdf>

Cualquier diferencia en honorarios médicos que excedan los tabuladores antes mencionados, no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

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

a) Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica.

Los Honorarios Médicos serán cubiertos con base en el tabulador médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

b) Honorarios Médicos con intervención quirúrgica.

En caso de intervención quirúrgica, los Honorarios Médicos serán cubiertos con base en el tabulador médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado y con base en la siguiente tabla:

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

Para el caso del segundo ayudante, únicamente se pagarán los Honorarios Médicos de acuerdo con la tabla anterior, en caso de tener una cirugía cardiovascular a corazón abierto, Trasplante de órganos y procedimientos cardiovasculares.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos médicos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor conforme al Tabulador Médico, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del Asegurado, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% (cien por ciento) para la intervención que tenga el valor más alto, 50% (cincuenta por ciento) de la siguiente y 25% (veinticinco por ciento) si existiera una tercera. **Para el resto del equipo no se cubrirán los honorarios médicos de la intervención independiente.**

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado con Politraumatismos, para el pago de los Honorarios Médicos se seguirá el procedimiento anterior; sin embargo, si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de este serán cubiertos al 100% (cien por ciento) con base en el tabulador médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

Para efecto del pago de Honorarios Médicos, si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una misma; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

Si en una misma intervención quirúrgica, se realiza un procedimiento cubierto con uno no cubierto, la Compañía evaluará la procedencia de los gastos médicos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales.

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

2. Gastos Hospitalarios

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

a. Habitación privada estándar con baño.

b. Alimentos: serán cubiertos los gastos por alimentos suministrados al Asegurado afectado por prescripción del Médico tratante.

c. Estudios de laboratorio y gabinete prescritos por el Médico tratante y relacionados al Accidente, Enfermedad o Padecimientos que se trate.

d. Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva intermedia o cuidados coronarios.

e. Trasfusiones de Sangre: quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y suero, así como las pruebas de compatibilidad de los donantes definitivos.

f. Medicamentos: quedan cubiertos los Medicamentos administrados al Asegurado afectado en el Hospital, Clínica o Sanatorio siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sea prescritos por los Médicos tratantes, estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

No se cubrirán los medicamentos fuera del Hospital salvo con la contratación de la cobertura adicional 1. Medicamentos fuera del Hospital de estas Condiciones Generales.

g. Para el caso de cáncer, los Tratamientos estándar cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud.

h. Equipo de Anestesia y Material Médico necesario para la atención del Asegurado.

i. Gastos del Acompañante: se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.

j. 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 en periodos discontinuos, lo que ocurra primero por cada Siniestro

El pago de honorarios estará sujeto con base en el tabulador médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

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

b. Consumo de oxígeno medicinal: quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, mediante una receta médica vigente, dicha receta se deberá de entregar a la Compañía por periodos de 30 (treinta) días naturales.

La Compañía podrá decidir si el tanque de oxígeno se compra o renta, sin que esto signifique que dicho tanque será propiedad del Asegurado.

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

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del equipo en su caso, asimismo deberá cumplir con las instrucciones de uso del mismo. Si este falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el prestador en convenio para realizar el dictamen, para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si el equipo se encontrará dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía podrá decidir si el equipo se compra o renta.
- La Compañía proporcionará el equipo médico hospitalario al Asegurado, sin que esto signifique que dicho equipo será propiedad del Asegurado.

Para esta cobertura siempre aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento). **Excepto para el apartado a) Enfermería para lo que no aplica coaseguro.**

4. Terapias de rehabilitación

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

- Sean indicadas el Médico tratante enviando al Asegurado con un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Asegurado será determinado por el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Para el caso de inhaloterapias el Médico tratante es quien prescribe el tipo de Tratamiento y sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se deben de realizar en centros especializados certificados y sean proporcionados por personal que cuente con cédula de especialidad para ejercer la medicina física y de rehabilitación, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
- Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialistas que lo proporcionen.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) correspondiente a dicho Tratamiento, teniendo como límite el monto máximo establecido para este concepto en el tabulador médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

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.

En caso de que la Compañía requiera información adicional y lo considere necesario podrá solicitar una segunda opinión médica.

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

Para esta cobertura no aplica coaseguro

5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia

Para cualquier tipo de cáncer cubierto por esta Póliza, quedan cubiertos los gastos por Tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la, COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios), FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América y el Tratamiento se encuentre indicado por la National Comprehensive Cancer Network, lo anterior aplica aun sin haber contratado la cobertura adicional con costo del apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH) de estas Condiciones Generales.

Tratándose de aplicación de los tratamientos arriba indicados, dentro del hospital se considerará el coaseguro que corresponda de acuerdo con la Cláusula VI. Coberturas Generales 24.2 Aplicación de Coaseguro. En el caso de tratamiento fuera del hospital, aplica 10% de Coaseguro.

6. Cirugía Reconstructiva

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

Derivado del cáncer de glándulas mamarias se cubre la reconstrucción de la mama afectada siempre y cuando se haya cumplido con el Periodo de Espera que se especifica en el apartado III. Cobertura Básica inciso c. Gastos cubiertos con Periodo de Espera de estas Condiciones Generales.

7. Estudios de Laboratorio y Gabinete

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

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

Para los estudios de laboratorio y/o gabinete que se realicen dentro de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios, aplica el coaseguro de acuerdo con la Cláusula VI. Coberturas Generales 24.2 Aplicación de Coaseguro. Para los estudios de laboratorio o gabinete realizados en otros laboratorios, aplica 10% de Coaseguro.

8. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

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

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación en su caso, asimismo deberá cumplir con las instrucciones de uso de la Prótesis y Aparatos Ortopédicos. Si este falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si la Prótesis y Aparatos Ortopédicos se encontrarán dañados al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía podrá decidir si la Prótesis y Aparatos Ortopédicos se compra o renta, sin que esto signifique que dicho equipo será propiedad del Asegurado.

Se cubren solo una vez las Prótesis y Aparatos Ortopédicos por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. **No se cubrirán los reemplazos o reposiciones de los mismos por ninguna causa.**

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

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

Para el pago de Prótesis y Aparatos Ortopédicos el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) correspondientes a dicho gasto teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

9. Equipo Medico

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

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

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Equipo Médico únicamente lo que a continuación se menciona:

a) Equipo Médico Electrónico de Alta Especialidad

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

Internos

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

Externos

- Sistema endócrino y metabólico: narcóticos (solo se paga una vez en la vida del Asegurado).
- Sistema cardiovascular: auxiliares ventriculares externos.

b) Material quirúrgico para de Osteosíntesis y cirugía articular

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

c) Material cardiovascular

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

d) Material oftálmico:

Lente intraocular para catarata.

e) Implante coclear:

Solo para el Asegurado que haya perdido el oído durante la vigencia de este Contrato de Seguro.

f) Otros: Mallas quirúrgicas y grapas quirúrgicas. Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) solo se cubre en procedimientos de cirugía cardiovascular.

10. Auxiliares Médicos Mecánicos

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

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

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación en su caso, asimismo deberá cumplir con las instrucciones de los Auxiliares Médicos Mecánicos. Si éstos fallan antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si los Auxiliares Médicos Mecánicos se encontraran dañados al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.

- La Compañía podrá decidir si los Auxiliares Médicos Mecánicos se compran o rentan, sin que esto signifique que dicho equipo será propiedad del Asegurado.

Para el pago de los Auxiliares Médicos Mecánicos, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) correspondientes a dicho gasto, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico según el tipo de pago que utilice el Asegurado.

No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por ninguna causa.

11. Tratamiento Dental por Accidente

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

12. Práctica Amateur de Deportes

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes de forma ocasional y no profesional, es decir que no recibe remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica. Se incluyen deportes peligrosos, **excepto lo estipulado en el apartado V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) inciso 31 de estas Condiciones Generales.**

13. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional que sea necesario medicamente, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Para esta cobertura aplica 20% de Coaseguro.

14. Apoyo Psicológico

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

- a. Víctima de robo con violencia.
- b. Víctima de secuestro.
- c. Víctima de violación.
- d. Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- e. Amputación de una extremidad completa.
- f. Las siguientes Enfermedades o Padecimientos, Tratamiento o procedimiento:
 - Cáncer en fase terminal.
 - Insuficiencia renal crónica.

- Cirugía de las coronarias: operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.
- Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass, o exista daño neurológico irreversible.
- VIH o SIDA.
- Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades o Padecimientos cubierto.
- Trasplante de Órganos mayores.
- Accidente de columna cuando se determine sección medular total o parcial.

Las Consultas se cubrirán con base en el Tabulador Médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado.

Para el pago de las Consultas, el Asegurado Titular deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) correspondientes a dicho Tratamiento, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico y de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado Titular.

Para este apartado no aplica Coaseguro.

15. Medicina Alternativa

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

Para este apartado no aplica Coaseguro.

16. Cirugía con Robot

Se cubre la cirugía mínimamente invasiva asistida por un robot, **únicamente para la realización de prostatectomía radical y recambio de válvula mitral.**

17. Consultas de Monitoreo

Se cubren las consultas de monitoreo y estudios de laboratorio para el control de Diabetes de acuerdo con lo siguiente:

1. Consultas de monitoreo para el control de Diabetes

Se cubrirá el costo de hasta 3 (tres) consultas de monitoreo que requiera el Asegurado con Médico endocrinólogo o internista o familiar; el costo de dichas consultas deberá ser menor o igual a \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.) por consulta.

Para solicitar el pago de este beneficio es necesario entregar a la Compañía:

- a. Resumen médico de consultas de monitoreo en el formato que para tal efecto proporcione la Compañía dónde indique:

- Presión Arterial.
 - Frecuencia Cardíaca.
 - Peso.
 - Talla.
 - Hallazgos derivados de la exploración física.
 - Hallazgos derivados de la revisión de fondo de ojo con oftalmoscopio.
 - Resultado de examen de hemoglobina glicosilada y proteína en orina con la interpretación de los estudios.
- b. Recibo de Honorarios
- c. Las consultas deberán considerar un espaciamiento de al menos 3 (tres) meses entre cada consulta, las consultas se consideran para la reconstrucción del seguro

Para este beneficio aplica únicamente pago por reembolso.

2. Estudios de laboratorio para el Control de Diabetes

La Compañía indemnizará al Asegurado con un máximo de \$1,200 (mil doscientos pesos 00/100 M.N.) anuales para estudios de laboratorio, considerando que el Asegurado deberá realizarse al menos 2 sesiones de estudios de laboratorio, de acuerdo con lo siguiente:

Sesión 1

- Hemoglobina Glicosilada.
- Examen general de orina.

Sesión 2

- Hemoglobina Glicosilada.
- Examen general de orina.

El pago de esta indemnización debe solicitarse en conjunto con la primer consulta de Monitoreo, y adicional se deben entregar:

- a. Factura(s) del laboratorio
- b. Copia del resultado de los estudios con su interpretación médica, fecha, nombre del médico tratante y firma.
- c. Es necesario que se entreguen los resultados de cada sesión completos, no se cubrirán pagos parciales.
- d. Deberá haber un periodo mínimo de 3 (tres) meses entre cada sesión
- e. Los resultados se consideran para la reconstrucción del seguro.

Para este beneficio aplica únicamente pago por reembolso

No aplica deducible y Coaseguro para esta cobertura.

b. Gastos cubiertos para Padecimientos Específicos

Quedan cubiertos únicamente los gastos originados por los siguientes padecimientos a partir de 36 (treinta y seis) meses de cobertura contados a partir de la fecha de alta del Asegurado en el presente Contrato de Seguro hasta lo estipulado en la cláusula 3. Periodo de Beneficio de estas Condiciones Generales.

- Neuropatía
- Glaucoma
- Padecimientos renales
- Padecimientos cardiovasculares
- Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva
- Retinopatías
- Hipoglicemia
- Cetoacidosis
- Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico
- Cataratas incluyendo cirugía con lente intraocular

Límites de responsabilidad:

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

a) Una vez transcurrido el Periodo de Espera referido en el primer párrafo de esta cobertura, la Suma Asegurada será de \$4, 000,000 M.N. (cuatro millones de pesos) para cada uno de los Padecimientos Específicos enlistadas en el párrafo anterior, la cual se incrementará en \$1, 000,000 M.N. (un millón de pesos) por cada año vigencia que el Asegurado no presente reclamación alguna de los mismos, hasta un máximo de \$20, 000,000 (veinte millones). El límite máximo de responsabilidad se fijará al momento en que inicie la obligación por parte de la Compañía, para el pago de los gastos derivados de alguna de las Enfermedades o Padecimientos enlistadas en el párrafo anterior.

b) Tratándose de Padecimientos renales, cardiovasculares o retinopatías, el límite máximo de responsabilidad establecido en esta cobertura, aplicará para todos los gastos relacionados con dichos Padecimientos en uno o varios Sinistros.

a) Aplica el Deducible indicado en la carátula de la Póliza.

b) Aplica el Coaseguro estipulado en la cláusula 24. Pago de Indemnizaciones, inciso 24.2 Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

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

Para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad, la antigüedad comienza a partir del alta de esta póliza.

Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los Eventos Médicos que a continuación se mencionan, una vez que se haya cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta el periodo de beneficio, aplicando Deducible estipulado en la carátula de Póliza y Coaseguro estipulado en la cláusula 24. Pago de Indemnizaciones, inciso 24.2 Aplicación de Coaseguro de estas Condiciones Generales.

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

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

Se cubren, a partir de 12 (doce) meses de cobertura continua en el presente Contrato de Seguro, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos de:

- 1.1 Padecimientos de columna vertebral, **excepto hernias de disco y/o en caso de Accidente.**
- 1.2 Padecimientos en vías urinarias incluyendo cálculos en vías urinarias.
- 1.3 Cualquier Padecimiento de la vesícula y vías biliares, incluyendo cálculos, disquinesia, tumores y colangitis.
- 1.4 Padecimientos ginecológicos.
- 1.5 Padecimientos de glándulas mamarias incluyendo cáncer.
- 1.6 Padecimientos del piso pélvico.
- 1.7 Endometriosis que no esté relacionada con la esterilidad.
- 1.8 Padecimientos de rodilla, **excepto en caso de Accidente.**
- 1.9 Enfermedades ácido-pépticas o de reflujo gastroesofágico.

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

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

Se cubren, a partir de 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua en el presente Contrato de Seguro, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

- 2.1 Desviación septal y senos paranasales, **excepto en caso de Accidente o de procedimientos en la pirámide nasal.**
- 2.2 Hemorroides y enfermedades ano rectales.
- 2.3 Amígdalas y adenoides.
- 2.4 Hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protusiones discales.
- 2.5 Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.

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

3. Queda amparado a partir de 36 (treinta y seis) meses

Se cubren, a partir de 36 (treinta y seis) meses de cobertura continua en el presente Contrato de Seguro, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

3.1 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 solo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología, Hospitalización y Honorarios Médicos con base en el Tabulador Médicos de acuerdo con el tipo de pago que utilice el Asegurado, únicamente durante el Evento Médico de donación o extracción del órgano.

En caso de trasplante de cadavérico, para hígado, riñón, corazón, páncreas, pulmón y córnea, deberá de avisar a la Compañía un mes antes de la Cirugía y que está inscrito en el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (Cenatra) de otro modo la Compañía podrá reservarse el derecho del pago.

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

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

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente.

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

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 el presente Contrato de Seguro los gastos resultantes por Enfermedad o Padecimiento de:

Para este apartado no aplica Reconocimiento de ningún tipo.

4.1 VIH o SIDA

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

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

Para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad, la antigüedad comienza a partir del alta de esta póliza.

IV. Coberturas Adicionales con Costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo y a partir de la Fecha de Alta de las coberturas, quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos y/o procedimientos que sean 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 Contratante o Asegurado. Se cubren los gastos correspondientes hasta los límites establecidos para cada cobertura adicional.

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)

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

Para el caso de cáncer, los Tratamientos cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud.

La Compañía no se encuentra facultada para comprar e importar los Medicamentos.

Suma asegurada

El límite máximo de responsabilidad para efectos de esta cobertura será de acuerdo con el padecimiento cubierto.

Deducible y Coaseguro

Aplica el deducible indicado en la carátula de la Póliza. Para la aplicación de Deducible se utiliza lo establecido en la cláusula 24. Pago de Indemnizaciones, inciso 24.1 Aplicación de Deducible.

Para esta cobertura siempre aplica un Coaseguro de 10% (diez por ciento).

Exclusiones particulares de esta cobertura:

- a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b) Por ningún motivo se cubrirán Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado.**

2. Emergencia en el Extranjero (EMER)

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

La Compañía pagará los gastos procedentes conforme a estas condiciones generales y en términos de lo establecido en la cláusula de Moneda.

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, Consultas médicas y servicios médicos profesionales como anesthesiólogos y enfermeras.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- d) Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
- e) Servicio de Ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea Médicamente necesario.
- f) Prótesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el Tratamiento médico, excepto reemplazos.

Suma Asegurada

El límite máximo de responsabilidad para efectos de esta cobertura será de 100,000 USD (cien mil dólares americanos).

Deducible y Coaseguro

Deducible de 100 USD (cien dólares americanos).

No aplica Coaseguro.

Exclusiones particulares de esta cobertura:

- a) Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería en domicilio.**

-
- b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos) de estas Condiciones Generales.

V. Exclusiones (Gastos no Cubiertos)

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

1. Padecimientos Preexistentes excepto lo estipulado en el apartado III. Cobertura Básica, inciso b. Gastos cubiertos para Padecimientos Específicos y para medicamentos suministrados para el control de la glucosa administrados en una hospitalización derivada de un padecimiento cubierto.
 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. Gastos médicos derivados de parto natural o cesárea de la madre Asegurada ni tampoco del Recién Nacido, así como los gastos relacionados con las Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio.
 4. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madres para ser transplantadas.
 5. Gastos de criopreservación de cordón umbilical.
 6. 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.
 7. Padecimientos Congénitos ni Genéticos.
 8. Enfermedades y procedimientos del feto.
 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, quedan expresamente excluido los gastos de los candidatos a donación.
 10. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
-

-
11. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
 12. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil.
 13. Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
 14. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
 15. Procedimientos médicos, quirúrgicos o Tratamientos dietéticos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo Cirugía Bariátrica para Tratamiento de diabetes y para reflujo.
 16. Gastos derivados de tratamientos y/o procedimientos para diabetes excepto lo mencionado en el apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales inciso b. Gastos cubiertos para Padecimientos Específicos, así como el inciso d. Servicios de Asistencia incluidos numeral 17. Consultas de Monitoreo.
 17. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
 18. Gastos médicos derivados de:
 - a. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
 - b. Trastornos de enajenación mental.
 - c. Trastornos de la conducta.
 - d. Tratamientos para estados de depresión psíquica o nerviosa.
 - e. Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.

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

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

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

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

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

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

21. 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.

22. 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 apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales inciso c. Servicios de Asistencia incluidos numeral 1. Protección Dental de estas Condiciones Generales.

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

-
- 24. Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos y/o Medicamentos Experimentales y/o de investigación, aun cuando los Medicamentos utilizados en ellos cuenten con registro y autorización para su uso y comercialización en México.**
 - 25. Se excluye la participación del Asegurado para algún protocolo médico Experimental tanto en territorio nacional como en el extranjero.**
 - 26. Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos que no estén legalmente autorizados en México.**
 - 27. Gastos por medicamentos o insumos para la salud cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.**
 - 28. Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos médicos cuya eficacia o beneficio a la salud del Asegurado no esté plenamente probado.**
 - 29. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
 - 30. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
 - 31. Padecimientos o lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica de box thai, lucha libre, motonáutica y automovilismo en cualquier campeonato avalado por la Federación Internacional de Automovilismo o cualquier otra categoría equivalente en riesgo en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.**
 - 32. 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.**

-
33. Honorarios Médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos y abuelos.
34. 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.
35. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico.
36. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra.
37. Tratamientos con radiofrecuencia derivado de cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimiento.
38. Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos de magnetoterapia.
39. Atención de Recién Nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
40. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:
- a. Fórmulas lácteas.
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.
 - c. Multivitamínicos y complementos vitamínicos.
 - d. Cosméticos y dermatológicos.
 - e. Medicamentos fuera del Hospital, salvo lo estipulado en la cobertura 1. Medicamentos Fuera del Hospital.
 - f. Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - g. Medicamentos de acción de Terapia celular.
 - h. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
 - i. Fórmulas naturistas.
 - j. Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando este se encuentre hospitalizado.
-

-
- k. Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
41. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo en el inciso 2. Emergencia en el Extranjero (EMER)
42. 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.
43. Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.
44. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos aunque sean medicamente necesarios.
45. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
46. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales de las presentes Condiciones Generales.
47. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
48. Para el caso de cáncer, los Tratamientos que no hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network.
49. Cámara hiperbárica aun cuando sea prescrita por un Médico.
50. Cirugía mínimamente invasiva asistida por robot, salvo lo estipulado en la cobertura 16. Cirugía de robot.
51. Prendas de vestir con propiedades médicas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas, camisetas.
52. Navegadores con Equipo de Alta Especialidad.
53. Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin.
-

-
54. Servicios de Enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral e intramuscular así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral, movilización y servicios de acompañamiento y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión.
55. Enfermedades que hayan iniciado en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Recontratación.
56. No serán cubiertos los estudios de diagnóstico para la detección de VIH o SIDA.
57. Para el caso de la cobertura ambulancia no aplica cuando, el motivo del traslado no sea por indicación médica y si el Asegurado afectado no esté autorizado por un Médico para el traslado hacia el destino elegido.

VI. Cláusulas Generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

Fecha a partir de la cual el Asegurado cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro de acuerdo con lo siguiente:

- a. Accidente. El Asegurado inscrito en la Póliza, quedará cubierto en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha de Alta en la Póliza.
- b. Enfermedad. Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza, **lapso que no aplica cuando se trate de Recontrataciones o Emergencias Médicas.**
- c. Los límites establecidos para cada inciso de la cobertura básica y/o coberturas adicionales aplicarán para cada uno de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos por el presente Contrato de Seguro, para el Asegurado y por el Periodo de Pago de Siniestro contratado.

2. Contrato de Seguro o Póliza

Mediante este Contrato de Seguro, la Compañía se obliga a cubrir al Asegurado por los gastos erogados en términos y condiciones del mismo, hasta los límites establecidos para cada inciso de la cobertura básica y/o coberturas adicionales, 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 de Seguro.
- b. Carátula de Póliza.

-
- c. Condiciones Generales.
 - d. Endosos.
 - e. Tabulador Médico.
 - f. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera

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

Este beneficio no aplica para los siguientes gastos citados en b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura Básica de estas Condiciones Generales:

- Gastos cubiertos para padecimientos específicos
- Trasplante de Órganos
- VIH O SIDA

4. Periodo de Beneficio

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

- El agotamiento de la Suma Asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato ha rebasado la Suma Asegurada indicada en cada inciso de la cobertura básica y/o coberturas adicionales de estas Condiciones Generales.
 - El agotamiento del Periodo de Pago de Siniestro contratado.
 - El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado recontracta su Póliza de Seguro de Gastos Médicos Individual para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza o solicita un Cambio de Plan y este sea aceptado por la Compañía, el período de beneficio aplicará en los términos establecidos en ésta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo Plan cubra el Accidente, Enfermedad o Padecimiento dentro de la cobertura básica.
 - La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.
 - En caso de cancelación del Contrato de Seguro, los gastos incurridos hasta por 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

5. Periodo de Gracia

Lapso de 30 (treinta) días contado a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza para el pago de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

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

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

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

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

6. Periodo al Descubierto

Periodo durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro por la cancelación de la Póliza a consecuencia de la falta de pago de primas.

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 Contratante o 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).

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

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

b) Notificaciones

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

8. Vigencia

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

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, de acuerdo con lo establecido en la carátula de Póliza.

La prima total de la Póliza se establecerá de acuerdo con la ocupación, sexo y Edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia o Fecha de Alta del Asegurado.

En cada Reconstratación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por el Asegurado, 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 Reconstratación 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.

Lugar de pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V.; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

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

10. Cancelación del Contrato

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

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

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

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

En ambos supuestos es necesario que no exista un Siniestro abierto durante ese periodo.

11. Extinción de Obligaciones

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

El Contratante o Asegurado expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas y sin necesidad de intervención judicial alguna de conformidad con el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante o Asegurado para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o 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 de Seguro asume la Compañía, tales como:

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

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante y al Asegurado la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

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

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

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

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

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la Extinción de Obligaciones, pero devolverá al Contratante o Asegurado el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza.

La Prima será devuelta al Contratante dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales posteriores a la fecha en que se haya notificado la extinción de obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

12. Revelación de Comisiones

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

13. Cambio de Plan

En caso de que el Contratante o Asegurado solicite un Cambio de Plan y este sea aceptado por la Compañía, esta emitirá un nuevo Contrato de Seguro a petición del Contratante o Asegurado, el cual tendrá términos y Condiciones Generales diferentes. Así mismo, se podrá generar condiciones especiales, las cuales formalizarán mediante un Endoso.

En caso de que el Contratante o Asegurado solicite un el Cambio de Plan deberá presentar Solicitud de Seguro y el cuestionario médico anexo para que la Compañía pueda realizar el proceso de selección médica.

La Compañía pagará los gastos por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, incurridos durante la Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 4. Periodo de Beneficio de estas Condiciones Generales.

14. Examen Médico

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

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

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

15. Recontratación

La Compañía se obliga a otorgar la Recontratación del seguro en los términos y condiciones de los productos que la misma tenga registrados y autorizados antes la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) siempre y cuando el Asegurado cumpla con los siguientes criterios:

1. Haya asistido al menos 2 Consultas de monitoreo durante la vigencia de este Contrato de Seguro de acuerdo con lo estipulado en el apartado III. Cobertura Básica numeral 17. Consultas de monitoreo de estas Condiciones Generales.

-
2. Presentar los estudios de laboratorio para el control de la Diabetes de acuerdo con lo estipulado en el apartado III. Cobertura Básica numeral 17. Consultas de monitoreo de estas Condiciones Generales.
 - a. Hemoglobina glicosilada
 - b. Examen general de orina
 3. Promedio durante la vigencia de este Contrato de Seguro y última toma de Hemoglobina glicosilada menor o igual a 7 mg/dL.
 4. El resultado del examen general de orina negativo en proteína. A partir del 4º año de cobertura no se considerará este valor en la recontractación, siempre y cuando no se haya presentado positivo en los primeros 3 años de cobertura.
 5. Promedio durante la vigencia de este Contrato de Seguro y última toma de Índice de Masa Corporal (IMC) menor o igual a 30.

En caso que el Asegurado no cumpla con los criterios indicados con anterioridad para la Recontractación, deberá entregar los requisitos médicos que la Compañía le solicite, quedando a consideración de la Compañía la aceptación o no de la recontractación.

En caso de que el Asegurado no cumpla con el criterio de proteína en la orina durante los 3 primeros años de cobertura, se permitirá la recontractación siempre que haya sido originado por una eventualidad médica que no esté ligada a la diabetes y/o el inadecuado control de su padecimiento. Se deberá entregar los requisitos médicos que la Compañía le solicite para su validación.

Para realizar la Recontractación, el Contratante deberá solicitarlo a la Compañía mediante el llenado y entrega de la solicitud de Seguro vigente e informe médico proporcionado por el Médico tratante, para las Consultas de Monitoreo durante los últimos 30 días de vigencia de la Póliza.

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

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

En cada Recontractación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo con la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada recontractación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

En la recontractación se respetará la fecha de Alta del Asegurado de la Póliza anterior con la finalidad de identificar a partir de qué fecha el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en la Póliza.

Si la Póliza se cancela o no se recontracta, cesarán todos sus efectos y el Asegurado perderá la continuidad de su cobertura con La Compañía, de modo que si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro su Póliza de gastos médicos mayores con la Compañía, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

Los gastos complementarios por Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cuyo origen y pago haya iniciado en las vigencias anteriores se cubrirán hasta el remanente de la Suma Asegurada estipulada en cada inciso de la cobertura básica y/o coberturas adicionales de estas Condiciones Generales, siempre y cuando la persona afectada por dicho Accidente, Enfermedad o Padecimiento haya estado asegurado en forma ininterrumpida y que no existan periodos al descubierto, en los cuales hayan cesado los efectos de este Contrato de Seguro.

En caso de Cambio de Plan, se aplicará lo establecido en la cláusula 13. Cambio de Plan de estas Condiciones Generales.

16. Rehabilitación

En el caso de que este Contrato de Seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 8. Primas, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

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

Para que la Compañía otorgue al Contratante la Rehabilitación es necesario que este pague la prima del Periodo al Descubierto que corresponde al costo de Rehabilitación. Los efectos de la Rehabilitación surtirán efecto a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. En caso de que el comprobante de pago no contenga la hora se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

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

17. Prescripción

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

18. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

En caso de contratar la cobertura adicional Emergencia en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas adicionales.

Para efectos de este Contrato solamente estará protegido el Asegurado que viva permanentemente en la República Mexicana.

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.

19. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Moneda Nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo con la Moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondientes a la fecha en que el Asegurado haya recibido los servicios médicos 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 con las condiciones del Contrato de Seguro, serán reembolsados en Moneda Nacional de acuerdo con el 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, correspondiente a la fecha en que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

20. Omisiones o Inexactas declaraciones

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

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

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

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

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

21. 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), 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 Contratante, Asegurado 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.

22. Competencia

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

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

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

En el supuesto que el Contratante o Asegurado así lo determinen, podrá hacer vales sus derechos conforma a lo estipulado en la cláusula 27. Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Generales.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

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

En la ciudad de México: **55 5169 2746** (opción 1)

Dirección: Félix Cuevas 366, piso 6, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de atención de AXA.

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

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

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 800 999 8080

En la ciudad de México: 55 53 40 0999

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, CDMX, México, 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

23. Edad

- a) La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde los 18 (dieciocho) y hasta los cambiar por 60 años (sesenta años) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Recontratación.
- b) Si a consecuencia de Inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Recontratación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos de acuerdo con lo establecido en los artículos 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la Responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.

-
- d) Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la Edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la prima resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

24. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a exigir del Contratante o Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

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

- a. El Contratante o Asegurado 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 16. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

25. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

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

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 con porcentaje y Coaseguro de acuerdo con el tipo de pago utilizado por el Asegurado.
- 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 y documentos completos requeridos 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 realizados durante la Vigencia de esta Póliza.

Cuando la Compañía por error indebidamente pague algún gasto que el Asegurado no tenía derecho a exigir, una vez advertido el error, la Compañía no estará obligada a seguir pagando los gastos sucesivos por ese mismo concepto, conforme a lo establecido en el Código Civil Federal en su artículo 1,883.

25.1 Aplicación de Deducible

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

El deducible aplicará para cada año siniestro tomando en cuenta la fecha de inicio de apertura del siniestro y será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

Para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al Cambio de Plan y que fueron reconocidos por la Compañía en la nueva Póliza, se aplicará el Deducible contratado en la nueva Póliza.

La Compañía podrá reconocer a cuenta de Deducible, el Deducible pagado en la Póliza anterior y, en este caso, aplicará la diferencia que existía entre el Deducible nuevo pagado en la Póliza anterior y el Deducible elegido por el Contratante o Asegurado en la Póliza nueva, como consecuencia de solicitar el Cambio de Plan.

25.2 Aplicación de Coaseguro

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes de esta Póliza y en toda reclamación presentada a la Compañía, excepto en honorarios médicos, 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 aplicará de acuerdo con la Gama Hospitalaria en donde reciba atención el Asegurado tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Gama Hospitalaria	Coaseguro	Tope de Coaseguro
Diamante	30%	Sin tope
Esmeralda	10%	Sin tope
Zafiro	5%	Sin tope

-
- a. Todos los Prestadores que no se encuentren en convenio, serán considerados como Gama Hospitalaria Diamante para la aplicación del Coaseguro.
 - b. En caso de ser un diagnóstico de miembros bilaterales, en un mismo evento se considerará como un solo Siniestro, es decir se aplica el Deducible y Coaseguro correspondiente para un evento.
 - c. En caso de Enfermedad o Padecimiento de miembros bilaterales cuyo diagnóstico se realice en distintos eventos se considerarán como Siniestros independientes y se aplicará el Deducible y Coaseguro correspondiente para cada evento.

26. 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.

27. Beneficios Fiscales

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

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

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

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

28. Arbitraje Médico

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

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

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

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

29. Entrega de la Documentación Contractual

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

En caso de que el Contratante no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su Póliza, podrá descargar las Condiciones Generales en internet en el portal axa.mx.

O bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

- Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación.

30. 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.

- **Beneficiario**
Persona que se encuentra dada de Alta en la Póliza.
- **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.
- **Invitado de la Familia Asegurada**
Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado y que haya sido invitada por el mismo, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
- **Personal Doméstico**
Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado y que hayan sido contratados por algún miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes a la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
- **Representante**
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

d. Servicios de Asistencia

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

e. Situación de Asistencia

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

f. Territorialidad

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

g. Viaje

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

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.

30.1 Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

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

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

b. Traslado Médico Terrestre

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

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

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

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

c. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, AXA Assistance podrá reembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de Ambulancia terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a Pago por Reembolso.

En caso de peligro de la vida

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

Uso de Ambulancia terrestre sin previa notificación a AXA Assistance

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

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

30.2 Normas generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d. Subrogación

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

30.3 Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.**
- II. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.**
- III. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- IV. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA Assistance.**
- V. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- VI. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- VII. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.**
- VIII. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.**
- IX. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:**
 - a. La participación directa del Beneficiario en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b. Enfermedad o Accidente imputable a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, 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, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
 - g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - h. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o las buenas costumbres.
 - i. Traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios de cesárea.
 - j. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
 - k. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - l. Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.
 - m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.
 - n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
 - p. La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
 - q. Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, Fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
 - r. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
 - s. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
 - t. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.
 - u. La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
-

31. Responsabilidad de la Compañía

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

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	Artículo
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables; VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;	Art. 276

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo. En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.	Art. 276
--	-----------------

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.	Art. 277
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;	Art. 172

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	
Ley de Protección y Defensa de los Usuarios 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; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 50 bis

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. - 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. 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. 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; 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; 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; 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. 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. VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.	Art. 68
--	----------------

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que 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. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea. VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y	Art. 68
X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.	

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. 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. 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.	Art. 68
XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	
En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.	Art. 70
Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.	Art. 71
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.	Art. 72 Bis
Ley Monetaria	
La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.	Art. 8

Código Civil Federal	
Cuando se reciba alguna cosa que no se tenía derecho de exigir y que por error ha sido indebidamente pagada, se tiene obligación de restituirla. Si lo indebido consiste en una prestación cumplida, cuando el que la recibe procede de mala fe, debe pagar el precio corriente de esa prestación; si procede de buena fe, solo debe pagar lo equivalente al enriquecimiento recibido. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Art. 1,883
Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitido por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.	Art. 64
Las recetas expedidas por especialistas de la medicina, además de lo mencionado en el artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.	Art. 65

VIII. Significado de Abreviaturas

- MFH: Medicamentos Fuera del Hospital.
- EMER: Emergencia en el Extranjero.
- GMM: Gastos Médicos Mayores.
- USD/US: Dólares.
- M.N.: Moneda Nacional.
- N/A: No Aplica.
- Max.: Máximo.
- Hrs: Horas.
- Art.: Artículo.
- C.P.: Código Postal.
- DSM: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder.
- FDA: Food and Drug Administration.
- 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 11 de Octubre del 2019, con el número CNSF-S0048-0276-2019/CONDUSEF-003852-01.

Servicios de Asistencia incluidos

1. Protección Dental

Mediante este servicio el Asegurado será referido 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

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.
- 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.

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

b. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 34. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

c. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance con el consentimiento del Asegurado gestionará su traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano, si este 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 con las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

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

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

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

d. Asistencia nutricional telefónica

AXA Assistance otorgará orientación nutricional telefónica para el beneficiario a través del centro de atención telefónica con nutriólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada, pasado dicho tiempo se le recomendará al beneficiario consultar a un Psicólogo personalmente; sin embargo, cuando se trate de un caso que así lo requiera, la llamada podrá superar los 15 (quince) minutos.

e. Asistencia psicológica telefónica

AXA Assistance otorgará orientación psicológica telefónica para el beneficiario a través del centro de atención telefónica con psicólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada, pasado dicho tiempo se le recomendará al beneficiario consultar a un Psicólogo personalmente; sin embargo, cuando se trate de un caso que así lo requiera, la llamada podrá superar los 15 (quince) minutos.

Aplica lo especificado en la cláusula 34. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance.



Llámanos sin costo
800 001 8700
axa.mx