



Gastos Médicos Mayores

A photograph of a smiling woman in a blue hooded raincoat holding a black umbrella over a young child. The child is wearing a yellow raincoat and a blue and white striped beanie with a pom-pom. They are standing in the rain. A large red diagonal graphic element is positioned behind the text on the right side of the image.

**Tú
decides
qué historia
contar**

**Protección Ideal
Colectivo**

Condiciones Generales

Índice

Página

I. Definiciones	6
II. Objeto del seguro	12
III. Descripción de coberturas	12
1. Muerte Accidental	13
2. Muerte Accidental en Transporte, Ascensor o Incendio	13
3. Gastos Funerarios Niños	13
4. Gastos Funerarios Adolescentes y Adultos	14
5. Pérdidas Orgánicas	14
6. Gastos Médicos por Accidente en Territorio Nacional	15
7. Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero	16
8. Indemnización por Quemaduras Graves	17
9. Indemnización por Fracturas	18
10. Indemnización por Cirugías a Causa de Accidente	19
11. Indemnización por Hospitalización a Causa de Accidente	19
12. Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente	20
13. Indemnización por Invalidez Total y Permanente a Causa de Accidente	20
14. Indemnización por Invalidez Temporal A Causa de Accidente	21
15. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	21
16. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Ovario	22
17. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama	23
18. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino	24
19. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata	24
20. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Pene	25
21. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Testículo	26
22. Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio	26
23. Indemnización por Enfermedad Vascular Cerebral	27
24. Indemnización por Diagnóstico de Esclerosis Múltiple	28
25. Indemnización por Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica	28
26. Indemnización por Trasplante de Órgano	28
27. Indemnización por Cirugías a Causa de Enfermedad	29
28. Indemnización por Cirugías a Causa de Enfermedades Específicas	30
29. Indemnización por Hospitalización a Causa de Enfermedad	31
30. Indemnización Diaria por Invalidez Temporal por Accidente	31

Índice

Página

IV. Servicios de Asistencia	32
1. Tu médico 24 horas	32
2. Asistencia en Viajes	34
3. Asistencia Funeraria	36
4. Protección Dental	37
V. Exclusiones Generales	37
VI. Cláusulas Generales	40
1. Periodo de Pago de Beneficio	40
2. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	41
3. Vigencia del Contrato	41
4. Zona de Cobertura (Territorialidad)	41
5. Prima	42
6. Periodo de Gracia	42
7. Revelación de Comisiones	42
8. Alta de Asegurados	43
9. Baja de Asegurados	43
10. Ajustes	44
11. Cambio de Contratante	44
12. Recontratación	44
13. Rehabilitación	45
14. Prescripción	45
15. Moneda	45
16. Omisiones o Inexactas Declaraciones	45
17. Competencia	46
18. Edad	46
19. Siniestros	47
20. Indemnización	48
21. Interés Moratorio	48
22. Arbitraje Médico	48
23. Cancelación	48
24. Extinción de Obligaciones	49
25. Agravación del Riesgo	50
26. Entrega de la Documentación Contractual	50
27. Responsabilidad de la Compañía	50
28. Cláusula Especial de Servicios de Asistencia	50
A. Definiciones Propias de los Servicios de Asistencia	50
B. Obligaciones del Beneficiario	51

Índice

	Página
C. Normas Generales	52
D. Exclusiones de los Servicios de Asistencia	53
VII. Artículos citados	56
VIII. Registro	65
IX. Anexo I	66

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

Gastos Médicos Mayores Protección Ideal

Colectivo

Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Compañía o Aseguradora.

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

2. Accidente.

Acontecimiento súbito, fortuito y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al mismo.

No se considerarán Accidentes, las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

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

3. Asegurado.

Persona incluida en la Póliza, sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la misma, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

4. Beneficiario.

Persona(s) designada(s) por el(los) Asegurado(s) para hacer efectivo el cobro de la Indemnización correspondiente en caso de fallecimiento del Asegurado.

5. Cáncer.

El crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con alteración en la función y en su estructura, pudiendo manifestarse o no por la presencia de uno o más tumores malignos o metástasis, ya sea (i) en una zona muy específica, sin invasión a ninguna estructura cercana e incipiente (Cáncer In Situ), o (ii) con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos y órganos vecinos o a distancia (metástasis).

6. Certificado Individual.

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

7. Cirugía o Intervención Quirúrgica.

Procedimiento por el cual un Médico realiza una incisión para maniobrar mecánicamente con las estructuras anatómicas, con el objeto de preservar la funcionalidad de un órgano o bien, para restaurar o mantener la integridad física o salud del Asegurado y que requiera el uso de una sala de quirófano.

8. Colectividad Asegurable.

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

9. Colectividad Asegurada.

La integran las personas que cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos en el Contrato de Seguro y cuyos nombres aparecen en el registro de Asegurados que mantiene la Compañía.

10. Compañía.

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

11. Compañía de Asistencia.

Compañía designada por AXA Seguros S.A. de C.V para prestar los Servicios de Asistencia.

12. Contratante.

Persona física o moral con quien la Compañía ha celebrado el Contrato de Seguro, para sí y para terceras personas, y que se obliga a efectuar el pago de la prima del seguro.

13. Contrato de Seguro o Póliza.

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a. Carátula de Póliza,
- b. Condiciones Generales,
- c. Endosos,
- d. Certificados,
- e. Cláusulas Adicionales,
- f. Folletos y
- g. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

14. Deducible.

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

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

15. Dependientes Económicos.

Cónyuge, los hijos menores de 25 (veinticinco) años y que no perciban remuneración o contraprestación alguna por un trabajo personal subordinado o independiente y los padres del Asegurado Titular que vivan con él y dependan económicamente de él.

16. Domiciliación Bancaria.

Es la autorización otorgada por el Contratante para que el pago de la Prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

17. 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.

18. 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.

19. Evento.

Momento en que se utiliza algún servicio médico como consecuencia del mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

20. 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.

21. Fisura.

Es una pequeña disolución de continuidad en la estructura de cualquier tejido óseo, similar a una grieta en la que no se produce separación de las partes afectadas del hueso.

22. Fractura.

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

23. Gastos Funerarios.

Todas aquellas erogaciones que se relacionen con trámites administrativos, traslado del cuerpo a la agencia funeraria o servicio a domicilio, uso de sala de velación, servicio de cremación y urna para cenizas, féretro, arreglo estético del cuerpo, embalsamamiento, traslado del cuerpo al cementerio o mausoleo, dentro de la República Mexicana.

24. Hospital, Clínica o Sanatorio.

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

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

25. Hospitalización.

Estancia continua mayor a 48 horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

26. Indemnización.

Es el pago que efectúa la Compañía al Asegurado, por la ocurrencia de alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de Seguro.

27. Invalidez Temporal.

Incapacidad causada a una persona por un Accidente, mediante la cual queda imposibilitada para realizar las tareas fundamentales, ya sea de su profesión habitual o de su vida diaria.

28. Invalidez Total y Permanente.

Incapacidad causada a una persona por un Accidente, mediante la cual queda imposibilitada de manera irreversible para realizar las tareas fundamentales, ya sea de su profesión habitual o de su vida diaria.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente por Accidente los siguientes Eventos:

La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza.

Se entenderá por:

Pérdida de una mano: su anquilosamiento o separación completa de la articulación de la muñeca o arriba de ella.

Pérdida de un pie: su anquilosamiento o separación completa de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Pérdida de la vista de un ojo: la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista del ojo.

Anquilosis: fijación de una articulación del cuerpo normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

29. Legrado.

Procedimiento quirúrgico utilizado para diagnosticar o tratar afecciones que causan sangrado uterino anormal.

30. Lesión Corporal.

Una laceración física identificable.

31. Médico.

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

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

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

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

32. Medicamento.

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

En territorio nacional:

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

En territorio extranjero:

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

33. Padecimiento Preexistente.

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

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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.

34. Pago Directo.

Beneficio que la Compañía puede otorgar, mediante el cual la Compañía realiza previa valoración y autorización del gasto 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.

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.

35. Pago por Reembolso.

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

36. Politraumatismo.

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

Se entiende por Politraumatismo a:

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

Tales Politraumatismos deberán ser originados en un mismo Evento.

37. Periodo al Descubierto.

Es el tiempo que empieza a correr al término del Periodo de Gracia y durante el cual cesan los efectos del Contrato de Seguro por la falta de pago de la Prima.

38. Periodo de Espera.

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza y hasta la fecha de la realización del Siniestro, a fin de que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía, tal como se describen en las coberturas correspondientes.

39. Periodo de Gracia.

Es el tiempo del que dispone el Contratante para pagar la Prima o la fracción de ella (en el caso de pago en parcialidades), antes de que la Póliza quede sin efectos.

40. Práctica o Actividad Profesional de Deportes.

Es la realización de un deporte que implique un beneficio o ingreso en dinero, en especie o en forma de beca para la persona que lo realiza.

41. Prestador en Convenio.

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

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página <https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios-axa.mx>

42. Siniestro.

Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en el Contrato de Seguro.

43. Suma Asegurada.

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

44. Tratamientos Experimentales.

Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos controlados y que aún no se consideran Tratamientos estándar para su uso de manera generalizada por todos los Médicos.

Dichos Tratamientos están clasificados en 4 fases y al finalizar todas las fases deberán tener permisos de las siguientes autoridades: la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América, y en caso de Tratamientos oncológicos, la National Comprehensive Cancer Network la cual incluye protocolos médicos experimentales.

45. UMA.

La Unidad de Medida y Actualización emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que sirve como referencia económica en pesos para determinar la cuantía de pago de obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, estatales y de la Ciudad de México.

46. Vigencia.

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

II. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es otorgar las coberturas y Servicios de Asistencia contratados y estipulados en la Carátula de Póliza y/o Endosos por Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos durante la Vigencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación.

III. Descripción de coberturas

Todas las coberturas descritas en esta sección tendrán efecto al momento de su contratación.

Las coberturas serán independientes por la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico de cualquiera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos bajo este Contrato de Seguro.

1. Muerte Accidental

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente cubierto que le ocasione la muerte dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) o a falta de estos al cónyuge o concubina(o) e hijos en partes iguales o los padres del Asegurado en igual proporción, el monto de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será a partir de los 12 (doce) y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

2. Muerte Accidental en Transporte, Ascensor o Incendio

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente cubierto viajando en transporte público concesionado o privado terrestre, en ascensor o a causa de un incendio en el cual se encontrase el Asegurado al iniciarse el incendio, y le ocasione la muerte dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) o a falta de estos a su sucesión legal, el 100% (cien por ciento) adicional al monto de la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Muerte Accidental.

Esta cobertura solo se podrá contratar si se contrata la cobertura de Muerte Accidental de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Accidentes ocurridos en vehículos no terrestres o que no se consideren parte del servicio de transporte público concesionado o privados.**
- b. Accidentes en vehículos utilizados para la práctica de cualquier deporte profesional o amateur.**
- c. Accidentes ocurridos en ascensores industriales o de minas.**

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será a partir de los 12 (doce) y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

3. Gastos Funerarios Niños

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente cubierto que le ocasione la muerte dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la Compañía pagará los Gastos Funerarios erogados teniendo como límite el monto de la Suma Asegurada contratada, a quien acredite haber realizado dichos gastos mediante las facturas correspondientes. La Suma Asegurada de esta cobertura no podrá exceder de 60 (sesenta) veces el valor mensual de la UMA.

Esta cobertura solo se podrá contratar si se contrata alguna otra cobertura de las que se indican en estas Condiciones Generales.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 1 (uno) y hasta los 11 (once) años, pudiendo recontratar hasta los 11 (once) años cumplidos.

4. Gastos Funerarios Adolescentes y Adultos

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente cubierto que le ocasione la muerte dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la Compañía pagará los Gastos Funerarios erogados teniendo como límite el monto de la Suma Asegurada contratada, a quien acredite haber realizado los Gastos Funerarios mediante las facturas correspondientes.

Esta cobertura solo se podrá contratar si se contrata alguna otra cobertura de las que se indican en estas Condiciones Generales.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 12 (doce) y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

5. Pérdidas Orgánicas

En caso de que el Asegurado sufra cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enumeradas en este inciso, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, siempre que la pérdida orgánica sea consecuencia directa de un Accidente cubierto, y la misma ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a la fecha del Accidente.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada, ya sea en uno o varios Eventos.

Tabla de Indemnización	Escala A	Escala B	Escala C
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%	100%
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%	20%
El índice de cualquier mano	10%	10%	15%
Amputación parcial de un pie incluyendo todos los dedos	-	30%	50%
Tres dedos de una mano incluyendo el pulgar y/o el índice	-	30%	50%
Tres dedos de una mano que no sean el pulgar ni el índice	-	25%	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	-	25%	25%
El pulgar y otro dedo de la misma mano que no sea el índice	-	25%	25%
Sordera completa de los dos oídos	-	25%	25%
El índice y otro dedo de la misma mano que no sea el pulgar	-	20%	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	-	15%	15%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	-	5%	5%
Paraplejia	-	-	100%
Cuadriplejia	-	-	100%

La escala aplicable será la elegida por el Contratante al momento de la celebración del Contrato.

Para las tres escalas, la Pérdida significará, (i) en cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos o la anquilosis total de estos órganos; (ii) en cuanto a los ojos y oídos, la pérdida completa e irreparable de la vista y oído; y (iii) en cuanto a los dedos, la separación de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma o su anquilosamiento total.

Por Parapleja se entiende la incapacidad total y permanente para mover ambas piernas (parálisis) a consecuencia de un Accidente.

Por Cuadripleja se entiende la incapacidad total y permanente para mover ambas piernas y ambos brazos (parálisis) a consecuencia de un Accidente.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

6. Gastos Médicos por Accidente en Territorio Nacional

En caso de que el Asegurado se viera precisado a someterse a un tratamiento médico, intervención quirúrgica, Hospitalización o uso de servicios de enfermería, ambulancia aérea o terrestre o Medicamentos, la Compañía pagará o reembolsará al Asegurado el costo de los servicios antes mencionados, siempre que:

- a. Dichos gastos sean consecuencia de un Accidente cubierto o por secuelas del mismo y los gastos erogados se presenten dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.
- b. Se consideren medicamento necesarios y sean prescritos por un Médico.
- c. El Accidente haya ocurrido dentro de la República Mexicana y los gastos correspondientes se hayan erogado dentro de la República Mexicana.

El pago de los gastos que efectúe la Compañía bajo esta cobertura estará limitado al monto de la Suma Asegurada y al Deducible contratado.

La Compañía realizará el Reembolso de los gastos hasta por el monto especificado en la(s) factura(s) presentada(s) y conforme a estas Condiciones Generales.

Se cubrirán los gastos por Accidente conforme a estas Condiciones Generales, erogados durante un periodo máximo de 180 (ciento ochenta) días contados a partir de la fecha del Accidente, sin que en ningún caso excedan la Suma Asegurada contratada, y siempre que la Póliza no presente algún Periodo al Descubierta durante dicho plazo.

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

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

La Suma Asegurada de esta cobertura será única para todos los Eventos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Gastos médicos derivados de Accidentes ocurridos fuera de la República Mexicana.**
- b. Gastos médicos distintos de aquellos derivados del Accidente.**
- c. Gastos derivados de las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**
 - **Fórmulas lácteas.**
 - **Suplementos y complementos alimenticios.**
 - **Multivitamínicos y complementos vitamínicos.**
 - **Cosméticos y dermatológicos.**
 - **Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**
 - **Medicamentos de acción de Terapia celular.**
 - **Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.**
 - **Fórmulas naturistas.**
 - **Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando este se encuentre hospitalizado.**
- d. Servicios de Enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión.**

7. Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero

En caso de que el Asegurado se viera precisado a someterse a un tratamiento médico, intervención quirúrgica, Hospitalización o uso de servicios de enfermería, ambulancia terrestre o Medicamentos, la Compañía pagará o reembolsará al Asegurado el costo de los servicios antes mencionados, siempre que:

- a. Dichos gastos sean a consecuencia de un Accidente cubierto o por secuelas del mismo presentadas dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.
- b. Se consideren medicamento necesarios y sean prescritos por un Médico.
- c. El Accidente haya ocurrido fuera de la República Mexicana.

El pago de los gastos que efectúe la Compañía bajo esta cobertura estará limitado al monto de la Suma Asegurada y al Deducible contratado.

La Compañía reembolsará los gastos hasta por el monto especificado en la(s) factura(s) presentada(s) y conforme a estas Condiciones Generales.

Se cubrirán los gastos por Accidente conforme a estas Condiciones Generales erogados durante un periodo máximo de 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente, sin que en ningún caso excedan de la Suma Asegurada contratada, y siempre que la Póliza no presente algún Periodo al Descubierta durante dicho plazo.

La Suma Asegurada de esta cobertura será única para todos los Eventos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza.

La edad de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Esta cobertura solo se podrá contratar si se contrata la cobertura de Gastos Médicos por Accidente en Territorio Nacional de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Accidentes ocurridos dentro de la República Mexicana.**
- b. Gastos médicos distintos de aquellos derivados del Accidente.**
- c. Gastos médicos por el uso de Ambulancia aérea.**
- d. Gastos derivados de las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**
 - **Fórmulas lácteas.**
 - **Suplementos y complementos alimenticios.**
 - **Multivitamínicos y complementos vitamínicos.**
 - **Cosméticos y dermatológicos.**
 - **Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**
 - **Medicamentos de acción de Terapia celular.**
 - **Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.**
 - **Fórmulas naturistas.**
 - **Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando este se encuentre hospitalizado.**

8. Indemnización por Quemaduras Graves

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufriera de quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos el 30% (treinta por ciento) de la superficie corporal (medida por la regla de los nueve*), diagnosticada por un Médico especialista, la Compañía pagará al Asegurado el monto de la Suma Asegurada contratada.

El siguiente cuadro describe la relación de las partes del cuerpo y sus porcentajes correspondientes según la regla de los nueve:

Superficie corporal	Porcentaje
Cuello y cabeza (cara anterior)	4.5%
Cuello y cabeza (cara posterior)	4.5%
Tórax	9.0%
Abdomen	9.0%
Espalda alta	9.0%
Espalda baja	9.0%
Miembros inferiores (cara anterior de cada uno)	9.0%
Miembros inferiores (cara posterior de cada uno)	9.0%
Miembros superiores (cara anterior de cada uno)	4.5%
Miembros superiores (cara posterior de cada uno)	4.5%
Periné	1.0%

*La regla de los nueve para áreas corporales divide el cuerpo en secciones que en total representan el 100% del área de la superficie del cuerpo. Las secciones incluyen cara, cabeza, cuello, brazos, manos, torso (pecho, abdomen anterior, región dorsal y región lumbar), perineo, piernas y pies.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- Quemaduras de primer y segundo grado.
- Quemaduras que no sean a causa de un Accidente.
- Quemaduras por el uso de uso de explosivos y sustancias inflamables, corrosivas o tóxicas.

9. Indemnización por Fracturas

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufre una o más Fracturas, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada.

En el caso de que la(s) Fractura(s) sufrida(s) sea(n) de los dedos de pies o manos, se pagará únicamente el 10% de la Suma Asegurada contratada, siempre que esta sea contratada por un monto que exceda de \$2,000 (dos mil pesos).

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. El pago a realizar por la Compañía, será por una sola ocasión respecto del mismo hueso fracturado durante toda la vida del Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Fisuras.**
- b. Fracturas provocadas por una situación distinta a un Accidente cubierto.**

10. Indemnización por Cirugías a Causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado se viere precisado a intervenirse quirúrgicamente, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando la Hospitalización tenga una duración mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas y la cirugía sea medicamente necesaria y prescrita por un Médico.

Tratándose de lesiones de nariz, columna vertebral o rodilla, se considerarán Accidentes cuando sufra un Politraumatismo o en caso de Fractura, debiendo el Asegurado dar aviso a la Compañía dentro de los 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores a la ocurrencia del Accidente y presentar radiografía correspondiente.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para cada Accidente. Esta cobertura estará limitada a tres Eventos por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cirugías para las que no se requiera Hospitalización o en las que dicha Hospitalización tenga una duración menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- b. Intervenciones quirúrgicas a consecuencia de Padecimientos o Enfermedades o a cualquier causa distinta a un Accidente.**
- c. Cirugías maxilofaciales, independientemente de la causa.**

11. Indemnización por Hospitalización a Causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico que sea medicamente necesario y prescrito por un Médico, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando dicha Hospitalización tenga una duración mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.

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

Esta cobertura estará limitada a tres Eventos por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Hospitalización cuya duración sea menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- b. Hospitalización a consecuencia de Padecimientos o Enfermedades, o por cualquier causa distinta a un Accidente.**

12. Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico que sea medicamente necesario y prescrito por un Médico, la Compañía pagará la renta diaria contratada por el periodo que se encuentre hospitalizado y siempre que esta sea mayor a 72 horas, dentro de la Vigencia de esta Póliza y hasta por 180 (ciento ochenta) días naturales contados a partir del ingreso del Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio.

Si la Póliza se da por terminada por falta de pago o a solicitud del Contratante, y el Asegurado se encuentra hospitalizado, se pagará la renta diaria hasta la fecha de terminación.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de contratar la cobertura Indemnización por Hospitalización a causa de Accidente de estas Condiciones Generales.
- b. Hospitalización cuya duración sea igual o menor a 72 horas.
- c. Hospitalización a consecuencia de Padecimientos o Enfermedades o a cualquier causa distinta a un Accidente.

13. Indemnización por Invalidez Total y Permanente a Causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado fuera dictaminado con una Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará el monto de la Suma Asegurada contratada.

La Indemnización por esta cobertura se otorgará siempre y cuando la Invalidez Total y Permanente cumpla con las siguientes características:

- a. Sea dictaminada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o un Médico especialista en medicina física y rehabilitación legalmente autorizado para la atención médica.
- b. Sea dictaminada dentro de los primeros 10 (diez) días naturales posteriores a la fecha de ocurrencia del Accidente.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Invalidez provocada por una situación distinta a un Accidente cubierto.
- b. Invalidez cuyo origen deriva de Accidentes provocados por Padecimientos o Enfermedades diagnosticadas al Asegurado.
- c. Invalidez dictaminada por Médico que tenga un parentesco por consanguinidad, civil o por afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.

14. Indemnización por Invalidez Temporal a Causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado fuera dictaminado con una Invalidez Temporal para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada.

La Indemnización por esta cobertura se otorgará siempre y cuando la Invalidez Temporal cumpla con las siguientes características:

- a. Sea dictaminada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o un Médico especialista en medicina física y rehabilitación legalmente autorizado para la atención médico – hospitalaria.
- b. Sea dictaminada dentro de los primeros 10 (diez) días naturales posteriores a la fecha de ocurrencia del Accidente cubierto.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Invalidez provocada por una situación distinta a un Accidente cubierto.
- b. Invalidez cuyo origen deriva de Accidentes provocados por Padecimientos o Enfermedades diagnosticadas al Asegurado.
- c. Invalidez dictaminada por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad, civil o por afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.

15. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con algún tipo de Cáncer, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cáncer incipiente (in situ).**
- b. Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios.**
- c. Cualquier tumor benigno.**
- d. Cuando la causa del Cáncer sea por exposición a asbesto, arsénico, azufre y/o gas radón.**
- e. Cualquier Cáncer provocado a causa de consumo de tabaco por parte del Asegurado.**
- f. Carcinomas basocelulares y espinocelulares.**
- g. Tumores de próstata que histológicamente de acuerdo a la Clasificación de Gleason (Esquema de puntuación específico para Cáncer de próstata que establece su severidad) estén catalogados de Gleason 1 a Gleason 6 o en la clasificación TNM (Sistema para clasificar tumores malignos sólidos que indica tamaño, extensión a ganglios linfáticos y diseminación) menores a T2N0M0.**
- h. Sarcoma de Kaposi y otros tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).**
- i. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- j. Cáncer diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- k. Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

16. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Ovario

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo femenino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer**
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Ovario**

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. Cáncer de ovario diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- d. Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

17. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo femenino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer.
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Mama.

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
 - b. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
 - c. Cáncer de mama diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
 - d. Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**
-

18. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo femenino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer.
- b) El diagnóstico sea de Cáncer Cervicouterino.

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. **Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. **Cáncer cervicouterino diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- d. **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

19. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo masculino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer.
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Próstata.

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. Cáncer de próstata diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- d. Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

20. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Pene

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo masculino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer.
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Pene.

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. Cáncer de pene diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**

-
- d. Esta cobertura no aplica en caso que el Asegurado haya sido diagnosticado con cualquier Cáncer previo a la contratación de la Póliza.**

21. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Testículo

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo masculino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer.
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Testículo.

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. **Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. **Cáncer de testículo diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- d. **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

22. Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio

En caso de que el Asegurado sufra por primera ocasión en su vida un Infarto Agudo al Miocardio, la Compañía otorgará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efecto de esta cobertura, se entenderá por Infarto al Miocardio, la muerte de células del músculo cardíaco (miocardio) transmural con elevación ST debido a un suministro sanguíneo insuficiente (aporte de nutrientes y oxígeno) a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un Infarto Agudo al Miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma y aumento en las enzimas cardíacas por sobre valores normales de laboratorio.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad, mediante evidencias clínicas, electrocardiográfica, radiológicas (coronario angiografía) y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico. El Médico deberá presentar adicionalmente IMC, glucosa, hemoglobina glucosilada.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

Esta cobertura estará limitada a un Evento en toda la vida del Asegurado.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Queda excluido el Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente obesidad en cualquier grado o Diabetes Mellitus a la fecha del diagnóstico del Padecimiento.**
- b. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. Esta cobertura no aplica en caso de Infartos agudos al miocardio anterior a la fecha de inicio de la cobertura.**

23. Indemnización por Enfermedad Vascular Cerebral

En caso de que el Asegurado sufra por primera ocasión en su vida una Enfermedad Vascular Cerebral No Traumática, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efecto de esta cobertura, se entenderá por Enfermedad Vascular Cerebral No Traumática la ruptura u oclusión de un vaso en el sistema nervioso central (lesión vascular intracraneal) no traumático que provoque lesión anatómica funcional permanente.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**

24. Indemnización por Diagnóstico de Esclerosis Múltiple

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Esclerosis Múltiple Sistémica, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como Esclerosis Múltiple Sistémica, la Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por afección a distintos niveles del sistema nervioso central y por la presencia de áreas de discreta desmielinización y lesión axonal.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias radiológicas (tomografía axial computada), resonancia magnética y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**

25. Indemnización por Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, la Compañía otorgará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Insuficiencia Renal Crónica Terminal, la pérdida progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**

26. Indemnización por Trasplante de Órgano

En caso de que el Asegurado requiera por primera ocasión en su vida un Trasplante de Órgano cubierto, la Compañía otorgará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el trasplante se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efecto de esta cobertura, se entenderá por Trasplante de Órgano, la transferencia de un órgano o un tejido de un individuo a otro para reemplazar su función, limitándose a corazón, pulmón, cardiopulmonar, páncreas, riñón, hígado y médula ósea; en el entendido de que los parámetros de las funciones de los órganos a ser trasplantados, se encuentren dentro de los parámetros susceptibles para realizar un trasplante.

Queda excluido cualquier Trasplante de Órgano no mencionado en esta cobertura.

La Indemnización será otorgada siempre que se compruebe la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos mediante estudios de laboratorio y/o gabinete y diagnóstico o tratamiento emitido por un médico especialista.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

27. Indemnización por Cirugías a Causa de Enfermedad

En caso de que el Asegurado sufra por primera ocasión en su vida algún Padecimiento cubierto que conlleve una Intervención Quirúrgica con Hospitalización igual o mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, y siempre que el primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento de dicho Padecimiento se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Cirugías ambulatorias para las que no se requiera Hospitalización o en las que dicha Hospitalización tenga una duración menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- b. Cirugías a consecuencia de Accidentes ocurridos.**
- c. Intervenciones quirúrgicas relacionadas con afecciones del embarazo tales como parto, puerperio, así como sus complicaciones y afecciones.**
- d. Cirugías de nariz, independientemente de la causa.**
- e. Cirugías maxilofaciales, independientemente de la causa.**

28. Indemnización por Cirugías a Causa de Enfermedades Específicas

En caso de que el Asegurado se viera precisado a someterse por primera ocasión en su vida a una Cirugía prevista en esta cobertura y que conlleve una hospitalización por un periodo igual o mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre que el primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento del Padecimiento que dio origen se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como los antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

Las cirugías cubiertas son las que se muestran a continuación:

- Adenoamigdalectomía
- Apendicetomía abierta o laparoscópica
- Artroscopia
- Colectectomía abierta o laparoscópica
- Colostomía
- Extirpación de tumor abierta o laparoscópica
- Hernioplastia abierta o laparoscópica
- Oforectomía abierta o laparoscópica
- Prostatectomía o resección transuretral de próstata
- Vagotomía, antrectomía o piloroplastia

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Recontratación.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- Cirugías para las que no se requiera Hospitalización o en las que dicha Hospitalización tenga una duración menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- Cirugías a consecuencia de Accidentes ocurridos.**
- Cualquier Cirugía derivada de padecimientos distintos de los indicados en la presente cobertura.**

29. Indemnización por Hospitalización a causa de Enfermedad

En caso de que el Asegurado sufra por primera ocasión en su vida algún Padecimiento cubierto y a causa de este se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico que sea medicamente necesario y prescrito por un Médico, requerida para el restablecimiento de su salud, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando dicha Hospitalización tenga una duración mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas y el primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento de dicho Padecimiento se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

La Indemnización será otorgada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Reconstrucción.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Hospitalización cuya duración sea menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.
- b. Hospitalización a consecuencia de un Accidente ocurrido.
- c. Hospitalizaciones relacionadas con la maternidad o a consecuencia de esta, independientemente de la causa.

30. Indemnización Diaria por Invalidez Temporal por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado fuera dictaminado con una Invalidez Temporal para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada diaria contratada para esta cobertura una vez transcurridos 3 días naturales posteriores a aquel en que se emita el dictamen de Invalidez Temporal. Dicho pago se realizará por el periodo en que subsista la Invalidez Temporal dentro de la Vigencia de la Póliza y hasta por 180 días (ciento ochenta) días naturales contados a partir de la fecha de emisión del dictamen de Invalidez Temporal.

La Indemnización por esta cobertura se otorgará siempre y cuando la Invalidez Temporal cumpla con las siguientes características:

- a. Sea dictaminada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) o un médico especialista en medicina física y rehabilitación legalmente autorizado para la atención médico – hospitalaria.
- b. Sea dictaminada dentro de los primeros 10 (diez) días naturales posteriores a la fecha de ocurrencia del Accidente cubierto.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar una segunda valoración médica a su costa para corroborar el diagnóstico de Invalidez Temporal.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la suma asegurada diaria contratada para esta cobertura ni el periodo límite de días de pago. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de contratar la cobertura Indemnización por Invalidez Temporal a causa de Accidente de estas Condiciones Generales.**
- b. Incapacidad provocada por una situación distinta a un Accidente cubierto.**
- c. Incapacidad cuyo origen deriva de Accidentes provocados por padecimientos o Enfermedades diagnosticadas al Asegurado.**
- d. Incapacidad dictaminada por un familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.**
- e. Incapacidades dictaminadas previas al inicio de Vigencia de esta Póliza.**

IV. Servicios de Asistencia

Los Servicios de Asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguros para efectos de la legislación aplicable. El prestador de Servicios de Asistencias cuenta con una Póliza de seguro de exceso de pérdida para respaldar la suficiencia de los recursos que requiera para el cumplimiento de sus obligaciones bajo estas Condiciones Generales.

Para los efectos de esta Sección III., el término “Beneficiario” significará el Asegurado o cualquier otra persona que se designe como tal en la Póliza.

Los Beneficiarios estarán protegidos por la Ley Federal de Protección al Consumidor.

1. Tu médico 24 horas

Mediante la contratación y el pago del costo de este Servicio de Asistencia y a partir de la Fecha de Alta, el prestador de Servicios de Asistencia, que designe la Compañía, otorgará los siguientes beneficios:

a. Asistencia médica telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos del prestador de Servicios de Asistencia 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 del prestador de Servicios de Asistencia 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.

El prestador de Servicios de Asistencia y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo a lo establecido en este Contrato de Seguro.

b. Envío de Médico a domicilio (consulta domiciliaria)

A solicitud del Beneficiario, el prestador de Servicios de Asistencia 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.

El prestador de Servicios de Asistencia proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 30. Cláusula especial de Servicios de Asistencia. Cláusula especial de Servicios de Asistencia; en los demás lugares, el prestador de Servicios de Asistencia 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)

El prestador de Servicios de Asistencia con el consentimiento del Asegurado, gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano, si este sufre lesiones o traumatismos a causa de Enfermedad o Accidente y a juicio del Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia, sea necesaria su Hospitalización. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, por los medios indicados por el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia (ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar), al centro hospitalario más cercano y apropiado a la condición médica del Asegurado.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando estos sean recomendados por el Médico tratante y el equipo de médicos del prestador de Servicios de Asistencia.

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

d. Asistencia nutricional telefónica

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

e. Asistencia psicológica telefónica

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

Para todos los casos aplica lo especificado en la cláusula 30. Cláusula especial de Servicios de Asistencia.

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

2. Asistencia en Viajes

Mediante la contratación y el pago del costo de este servicio de asistencia y a partir de la Fecha de Alta, el prestador de Servicios de Asistencia, que designe la Compañía, otorgará los siguientes beneficios:

a. Traslado médico a un centro médico

En caso de que un Beneficiario sufra Accidente, Enfermedad o Padecimiento ocurrido durante un Viaje y el Equipo Médico del Prestador de Servicio de Asistencia, en contacto con el Médico que atienda al Asegurado, recomienden su Hospitalización por razones médicas, el Prestador de Servicio de Asistencia gestionará el traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia aérea, avión de línea regular o Ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más cercano y apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.

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

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

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

c. Boleto para profesional reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico del Prestador de Servicio de Asistencia, a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimientos el Prestador de Servicio de Asistencia gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados al Beneficiario.

d. Pago y envío de abogado

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

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

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

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

a) Si las condiciones médicas permiten su traslado o repatriación, el Equipo Médico de AXA Assistance organizará el traslado o repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente o bien, a su Residencia Permanente. El Equipo Médico del Prestador de Servicio de Asistencia y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

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

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

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

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

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

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

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

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

i. Asistencia médica en el extranjero hasta por \$10,000 (diez mil) USD

Gastos Médicos y de Hospitalización.

El Prestador de Servicio de Asistencia pagará los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 (cinco mil) U.S. Dólares por Viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 (diez mil) U.S Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

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

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

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

Este beneficio aplica vía Reembolso.

k. Gastos de hotel por convalecencia (máximo \$100 (cien) USD x día)

El Prestador de Servicio de Asistencia gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimientos ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico del Prestador de Servicio de Asistencia. Este beneficio está limitado a \$100.00 (cien) USD, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

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

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

m. Repatriación Sanitaria

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

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

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado previa programación con el Prestador de Servicio de Asistencia llamando a los teléfonos que al efecto indique la Compañía. No aplica Pago por Reembolso.

Los Servicios de Asistencia en Viajes están disponible las 24 horas.

3. Asistencia Funeraria

Mediante la contratación y el pago del costo de este Servicio de Asistencia y a partir de la Fecha de Alta, el prestador de Servicios de Asistencia, que designe la Compañía, otorgará los siguientes beneficios:

- Recolección del cuerpo.
- Arreglo estético del cuerpo.
- Ataúd metálico.
- Sala de velación: el servicio puede otorgarse a domicilio sin costo adicional.

-
- Gestión de trámites.
 - Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
 - Servicios de tanatología (consulta directamente en área metropolitana y consulta telefónica para el interior de la República).
 - Servicios para inhumación: embalsamado y pago de derechos para la inhumación en cementerios y panteones civiles o municipales.
 - Servicios para cremación: servicio de cremación, urna básica, ataúd para velación.

Exclusiones particulares de este Servicio de Asistencia

- a. Este Servicio de Asistencia quedará sin efecto en caso de contratar la cobertura de Gastos Funerarios Niños y Gastos Funerarios Adolescentes y Adultos de estas Condiciones Generales.**
- b. Fosa en panteones privados ni nichos.**
- c. Apertura y cierre de fosa.**
- d. Movimiento de monumentos.**

4. Protección Dental

Mediante la contratación y el pago del costo de este servicio de asistencia y a partir de la Fecha de Alta, el prestador de Servicios de Asistencia, que designe la Compañía, otorga los siguientes beneficios:

Servicios sin costo: evaluación completa, dos limpiezas dentales al año cualquier radiografía (excepto panorámica), limpieza dental con flúor en tratamientos infantiles y orientación telefónica en caso de urgencia.

V. Exclusiones Generales

No se cubrirán los gastos e indemnizaciones cuando la causa que dé origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- 1. Padecimientos o Enfermedades o Accidentes Preexistentes, así como sus complicaciones.**
- 2. Eventos ocurridos fuera de la Vigencia de la Póliza.**
- 3. 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.**
- 4. Enfermedades o Padecimientos congénitos.**
- 5. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
- 6. Afecciones del embarazo tales como parto o puerperio y/o sus complicaciones y secuelas; así como los gastos relacionados con el Recién Nacido.**

-
7. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura 26. Indemnización por Trasplante de Órgano.
 8. Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
 9. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil, así como sus complicaciones.
 10. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
 11. 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, así como sus complicaciones
 12. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
 13. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, trastornos de la conducta, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas y cualquiera que sea su origen.
 14. 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 cualquiera que sea su origen.

-
15. 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.
 16. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, cualquiera que sea su origen.
 17. Tratamientos y/o Medicamentos que no estén legalmente autorizados en México.
 18. Gastos médicos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.
 19. Tratamientos Experimentales.
 20. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedad o Padecimientos, cuyos gastos estén cubiertos, excepto lo mencionado en el apartado IV. Servicios de Asistencia numeral 4. Protección Dental de estas Condiciones Generales.
 21. 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.
 22. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 23. Legrados, así como sus complicaciones y secuelas.
 24. Intervenciones, complicaciones, tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH/SIDA
 25. Cualquier Padecimiento cuando el Asegurado para el traslado sea diagnosticado con VIH / SIDA.
 26. Cualquier Padecimiento o Enfermedad no prevista en este Contrato de Seguro.
 27. 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, así como sus complicaciones y secuelas.
 28. 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, así como sus complicaciones o secuelas.
 29. Enfermedades o Accidentes cuando el Asegurado Viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.
 30. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
-

-
31. Riña cuando el Beneficiario sea el provocador o por participar en alborotos populares.
 32. Lesiones cuando el Asegurado 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. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 34. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo así como sus resultados, excepto si se demuestra que fue accidental.
 35. Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.
 36. Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.
 37. Tratamientos con fines preventivos.
 38. 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.
 39. Gastos de 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.
 40. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
 41. 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 en la República Mexicana.
 42. 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.

VI. Cláusulas generales

1. Periodo de Pago de Beneficio

Para las coberturas de Gastos Médicos por Accidente Nacional y Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero, el Periodo de Pago de Beneficio se registrará de la siguiente forma:

En caso de cancelación o no Reconstratación del Contrato de Seguro o de las coberturas arriba indicadas, la Compañía cubrirá el pago de Siniestros ocurridos dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

- a. El agotamiento de la Suma Asegurada es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato de Seguro ha rebasado la Suma Asegurada contratada para cada cobertura.

-
- b. El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma, o
 - c. La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento que haya afectado al Asegurado.
 - d. 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.

2. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

b. Notificaciones

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

3. Vigencia del Contrato

Las partes convienen expresamente que el periodo de Vigencia del Contrato de Seguro contratado será el que se establezca en la Carátula de Póliza, tendiendo como límite máximo 1 (un) año.

4. Zona de Cobertura (Territorialidad)

Para efectos de este Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana, entendiéndose como tales aquellos que residan durante un lapso mínimo de 6 (seis) meses continuos en la República Mexicana.

En caso de contratar la cobertura de Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dicha cobertura.

El Contratante estará obligado notificar a la Compañía el lugar de residencia del Asegurado, así como cualquier cambio de residencia del mismo.

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.

5. Prima

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

La Prima total de la Póliza es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia.

La Prima correspondiente a cada uno de los Asegurados vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la Carátula de la Póliza.

En cada Recontratación, 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 Recontratación 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.

6. Periodo de Gracia

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

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el endoso correspondiente, 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. 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 esta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

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

7. 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.

8. Alta de Asegurados

De conformidad a lo establecido en el Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace, las personas que soliciten su ingreso quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo, se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado a la Colectividad Asegurada deberá efectuarse el pago de la Prima correspondiente.

Los descendientes directos del matrimonio o concubinato, nacidos durante la Vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma. Para que el descendiente directo forme parte de la Colectividad Asegurada, se requerirá que la madre se encuentre asegurada en la Póliza y se notifique a la Compañía el nacimiento del descendiente directo a más tardar a los 30 (treinta) días naturales posteriores a su ocurrencia.

9. Baja de Asegurados

De conformidad a lo establecido en el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en la que los Asegurados hayan dejado de pertenecer a la colectividad. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado a pagar, este podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura a la terminación del periodo de seguro pagado.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente Reconstrucción, los hijos del Asegurado que dejen de ser Dependientes Económicos.

10. Ajustes

En caso de altas de Asegurados titulares o Dependientes Económicos, la Compañía cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha de movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de bajas de Asegurados titulares o Dependientes Económicos, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante la parte de la Prima no devengada, neta del porcentaje de gastos de administración, gastos de adquisición y margen de utilidad (prima de riesgo no devengada).

11. Cambio de Contratante

Para colectividades aseguradas cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales posteriores de haber sido notificada la terminación de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a este la parte de la Prima no devengada.

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará la prima neta no devengada de manera proporcional a quien haya participado en el pago de la misma.

12. Recontratación

La vigencia máxima de este Contrato de Seguro será anual y la Compañía podrá otorgar la Recontratación del seguro en los términos y condiciones de los productos que la misma tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Para realizar la Recontratación, el Contratante deberá solicitarlo a la Compañía mediante el llenado y entrega de la Solicitud de Seguro vigente.

La Recontratación 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 Recontratación, la Compañía podrá modificar y/o incluir: Definiciones, Coberturas, Exclusiones, Cláusulas Generales y Servicios de Asistencia. Asimismo, se actualizarán los montos de Deducible y Suma Asegurada.

En cada Recontratación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva se aplicará de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada recontratación 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 Recontratación.

En la Recontratación 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.

Se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía, siempre y cuando la Recontratación se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de fin de vigencia de la Póliza inmediata anterior.

13. Rehabilitación

Si la Póliza se cancela por falta de pago, el Contratante podrá rehabilitar dicha Póliza siempre que este pague la Prima o parte de la misma que se encuentre pendiente de pago a la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la Cláusula de Periodo de Gracia.

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

Se considerará como Periodo al Descubierto y por lo tanto la Compañía no estará obligada a cubrir cualquier Evento previsto en el Contrato de Seguro, aquel comprendido entre la fecha en la que la Póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del Contratante y la fecha de rehabilitación.

14. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose del Fallecimiento del Asegurado y en 2 (dos) años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los Artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

15. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en moneda nacional. Los montos que aparecen en el mismo se reflejan de acuerdo a la moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación.

Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el Artículo 8° de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de hacer el pago. La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada durante su Vigencia, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

16. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

Cualquier 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.

17. 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, 65 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.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

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

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

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

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

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

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080.

En 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-atención

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

18. Edad

La Edad de aceptación para la contratación del seguro y el ingreso a la Póliza se establece en cada cobertura.

Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la Reconstratación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de esta Póliza quedarán sin efectos. La Compañía reintegrará al Contratante la parte de la Prima de riesgo no devengada que corresponda. Lo anterior de acuerdo a lo establecido en los Artículos 171, 172 y 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y la Prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima correspondiente a la edad real y la Prima de la edad declarada. Para la elaboración de 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.

Si la Compañía hubiere ya realizado algún pago sobre las obligaciones establecidas en este Contrato de Seguro al descubrirse la inexactitud en la declaración de edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar la parte proporcional que hubiere pagado en exceso conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y la Prima pagada fuese mayor a la que correspondiera realmente, se devolverá el exceso de la misma al Contratante.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá establecerla en el Contrato de Seguro extendiendo el comprobante de tal hecho al Contratante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Cuando exista un error en la edad de los Asegurados que sea imputable a la Compañía, se calculará la Prima con base en la edad real. Cuando la Prima real resulte menor se realizará la devolución de Prima desde el momento en que inició el error. En caso de que la Prima real resulte mayor, el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

19. Siniestros

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

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

- a. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que este ocurra, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Compañía, tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

- a. El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b. El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 14. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los Artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c. Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se enlista en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

La Compañía 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, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. Indemnización

- a. Pago de Indemnizaciones. La Compañía pagará al Asegurado, la Indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- b. Pagos Improcedentes. Cualquier Indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de cancelación no comunicado oportunamente, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

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

21. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todos los documentos e información solicitados que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, se obliga a pagar al Asegurado 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.

22. 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.

23. Cancelación

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

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

-
- b. Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles, la Prima de riesgo pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima de riesgo no devengada) sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no exista un Siniestro abierto en la vigencia durante este periodo.

24. Extinción de Obligaciones

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

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

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

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

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

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

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la Prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al Contratante devolviéndose la Prima de riesgo correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima de riesgo no devengada).

25. Agravación del Riesgo

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

El Contratante 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 en lo sucesivo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

26. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la Documentación Contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del Seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la Documentación Contractual, por alguno de los siguientes medios:

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

27. 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.

28. Cláusula Especial de Servicios de Asistencia

A. Definiciones Propias de los Servicios de Asistencia

Los términos con mayúscula inicial que no estén definidos en este apartado, tendrán el significado que se les atribuye en el Apartado I Definiciones de estas Condiciones Generales.

Beneficiario(s). Persona que aparece como Asegurado en la Póliza y que tiene derecho a los Servicios de Asistencias.

Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia. El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del prestador de Servicios de Asistencia en favor de un Beneficiario.

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

Servicios de Asistencia. Los Servicios de Asistencia que gestiona el prestador de Servicios de Asistencia a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia de un Beneficiario.

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.

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.

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

País de Residencia. La República Mexicana.

Residencia Permanente o Domicilio. Es el lugar habitual dentro del País de Residencia donde el Beneficiario radica. Este se especifica en la Carátula de la Póliza.

B. Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

- Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el prestador de Servicios de Asistencia podrá contactar con él.
- Del Beneficiario o su Representante:
 - Nombre y su número de Póliza.
 - Descripción del problema o dolencia que aqueje al Beneficiario y el tipo de ayuda que precise. El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado, el prestador de Servicios de Asistencia no tendrá obligación de gestionar ningún Servicios de Asistencia.

b. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del prestador de Servicios de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital, Clínica o Sanatorio 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 Médico del Prestador de Servicios de Asistencia o sus Representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado considerando las circunstancias especiales del caso.

c. Imposibilidad de notificación al prestador de Servicios de Asistencia

Los Servicios de Asistencia configuran la única obligación a cargo del prestador de Servicios de Asistencia, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas Condiciones Generales, el Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios. Exclusivamente cuando se trate de la utilización urgente de ambulancia terrestre, aplicará Reembolso. En ningún otro servicio habrá lugar a Reembolso.

d. Uso de ambulancia terrestre sin previa notificación al prestador de Servicios de Asistencia

A consecuencia de un Accidente o Enfermedad, que implique la utilización urgente de una ambulancia terrestre sin previa notificación al prestador de Servicios de Asistencia, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar al teléfono que la Compañía le proporcione para tal efecto a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la ocurrencia del Accidente o Enfermedad.

A falta de dicha notificación, el prestador de Servicios de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

C. Normas Generales

a. Mitigación

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

b. Presentación de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

Ni la Compañía ni el prestador de Servicios de Asistencia serán responsables de los daños causados por la atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas, que se deban a las acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren o agraven su estado de salud.

d. Subrogación

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

D. Exclusiones de los Servicios de Asistencia

- 1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiario en contra de la prescripción de algún Médico.**
- 2. Reembolsos de gastos erogados por el Beneficiario, salvo los casos previstos en la Cláusula Especial de los Servicios de Asistencia proporcionada por el prestador de Servicios de Asistencia.**
- 3. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**
- 4. Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:**
 - a. La participación 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. Trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo.**
 - c. Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunamis, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.**
 - d. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - e. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - f. La práctica de deportes como profesional, la participación del Beneficiario en competencias oficiales y en exhibición.**
 - g. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**
 - h. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - i. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.**

-
- j. **Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.**
 - k. **Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.**
 - l. **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.**
 - m. **Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.**
 - n. **Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**
 - o. **Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
 - p. **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
 - q. **La muerte o lesiones originadas por actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**
 - r. **Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, incluyendo gripas, catarros, Fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza.**
 - s. **Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
 - t. **No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).**
 - u. **La falta de la autorización expresa por parte del Médico tratante para el traslado del Beneficiario, que certifique su estabilidad clínica.**
 - v. **Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario para el traslado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo, tales como bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.**
-

-
5. Quedan excluidas las Situaciones de Asistencia para motocicletas de cualquier tipo.
 6. No se proporcionarán en ningún caso los gastos en que incurra el Beneficiario por concepto de:
 - a. Gasolina consumida durante el periodo de renta de un automóvil.
 - b. Multas de cualquier tipo que sean impuestas por las autoridades.
 - c. Robo parcial o total del automóvil rentado.
 - d. Cargos del Deducible por Siniestro del automóvil rentado.
 - e. Cualquier daño, perjuicio o impuesto que sufra o cause el automóvil rentado.

VII. Artículos citados

Leyes aplicables

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

Ley de Institución de Seguros y de Fianzas	
Las Instituciones de Seguros solo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante Endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que esta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción solo podrá ser ejercida por el contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquellos.	Art. 202
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;	Art. 276

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

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

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

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea liquidada en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

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

Art. 276

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 1,000 a 15,000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.	Art. 276
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. 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 Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	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
Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los Representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art. 171
Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato; II. Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	Art. 172
Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del Asegurado. Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el Asegurado o los Beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa Aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los Beneficiarios de la Póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.	Art. 173

Ley de Protección y Defensa 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.

Art. 50 bis

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.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

Art. 65

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Art. 66

La Comisión 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 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 esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea. VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.	Art. 68
--	----------------

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, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda. XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	Art. 68
En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario. La falta de comparecencia del fiado o de su Representante, no impedirá que se lleve a cabo la audiencia de conciliación.	Art. 69
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 esta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

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

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

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

Art. 8

Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Art. 17

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Art. 18

XIV. Registro

Leyes aplicables. 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 18 de diciembre de 2018, con el número PPAQ-S0048-0075-2018.

IX. Anexo I

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación en caso de un Siniestro:

1. Solicitud de Reclamación

2. Copia de la Carátula de Póliza o Certificado Individual o de la tarjeta de seguro, si lo tuviere

Adicional, se deberán adjuntar los documentos enlistados a continuación por cobertura:

Descripción de Coberturas	Documentación para reclamación de siniestros
Muerte Accidental	A. Acta de defunción y acta de nacimiento del asegurado afectado. B. Acta del ministerio público con los resultados de necropsia, alcoholemia, toxicológico y que indique las causas y lugar del deceso.
Muerte Accidental en Transporte, Ascensor o Incendio	C. Identificación oficial del Beneficiario (credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla) y comprobante del domicilio del Beneficiario. En caso de no tener Beneficiario, copia de identificación oficial de los Beneficiarios según Condiciones Generales.
Gastos Funerarios Niños	A. Copia certificada del acta de defunción y acta de nacimiento del asegurado afectado B. Acta del ministerio público con los resultados de necropsia, alcoholemia, toxicológico y que indique las causas y lugar del deceso.
Gastos Funerarios Adolescentes y Adultos	C. Identificación oficial del Beneficiario (credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla) y comprobante del domicilio del Beneficiario (máximo 3 meses de antigüedad). En caso de no tener Beneficiario, copia de identificación oficial de los Beneficiarios según Condiciones Generales. D. Facturas y comprobantes (ver requisitos fiscales en el apartado generales). Entendiéndose como gastos funerarios: traslado del cuerpo a la agencia funeraria o servicio a domicilio, uso de sala de velación, servicio de cremación y urna para cenizas, féretro, arreglo estético del cuerpo, embalsamamiento, traslado del cuerpo al cementerio o mausoleo dentro de la República Mexicana.
Pérdidas Orgánicas	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar. B. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. C. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.

Gastos Médicos por Accidente en Territorio Nacional	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete, recetas médicas en caso de aplicar. B. Facturas originales con el detalle de los gastos, así como la comanda hospitalaria en caso de hospitalización a nombre de AXA. C. Actuaciones de ministerio público, en caso necesario.
Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero	D. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. E. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Quemaduras Graves	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Fracturas	B. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. C. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Cirugías a causa de Accidente	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Hospitalización a causa de Accidente	B. Comprobante de hospitalización con fecha de ingreso y egreso. C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
Renta Diaria por Hospitalización a causa de Accidente	D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Invalidez Temporal a causa de Accidente	B. Dictamen de Invalidez emitido por: • Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) • Secretaría de Salud (SSA) o un Médico especialista en medicina física y rehabilitación legalmente autorizado para la atención médica

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal por Accidente	C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Ovario	B. Estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en Oncología.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama	C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cervicouterino	D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata	
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Pene	
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Testículo	
Indemnización por Infarto Agudo al Miocardio	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar. B. Estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico. C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Enfermedad Vascular Cerebral	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar. B. Evidencias clínicas, electrocardiográfica, radiológicas (coronario angiografía) y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico. El Médico deberá presentar adicionalmente IMC, glucosa, hemoglobina glucosilada.

Indemnización por Enfermedad Vascular Cerebral	C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado. D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Diagnóstico de Esclerosis Múltiple	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica	B. Evidencias radiológicas (tomografía axial computada), resonancia magnética y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico. C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
Indemnización por Trasplante de Órgano	D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
Indemnización por Cirugías a causa de Enfermedad	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar.
Indemnización por Cirugías a causa de Enfermedades Específicas	B. Comprobante de hospitalización con fecha de ingreso y egreso. C. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
Indemnización por Hospitalización a causa de Enfermedad	D. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.



Llámanos sin costo
01 800 001 8700
axa.mx