



Gastos Médicos Mayores

Protección Efectiva



Condiciones Generales

Índice	Página
I. Definiciones	6
1. Accidente	6
2. Asegurado	6
3. Agravación del Riesgo	6
4. Compañía	6
5. Contrato o Póliza	6
6. Contratante	7
7. Dependientes Económicos	7
8. Diagnóstico	7
9. Endoso	7
10. Enfermedad	7
11. Fractura	7
12. Hospital, Clínica o Sanatorio	7
13. Intervención Quirúrgica	7
14. Legrado	7
15. Médico	8
16. Padecimientos Congénitos	8
17. Padecimientos Preexistentes	8
18. Periodo de Espera	8
19. Perito Médico	8
20. Primera Ocurrencia	8
21. Procedimientos Voluntarios	8
22. Recurrente	8
23. Signo	8
24. Síntoma	8
25. Solicitante Titular o Asegurado Titular	8
26. Suma Asegurada	9
II. Objeto del seguro	9
III. Coberturas	9
1. Indemnización por Diagnóstico de Enfermedad Grave	9
1.1 Definiciones	9
1.2 Enfermedades graves amparadas	10
1.3 Periodo de Espera	10

	Página
1.4 Requisitos para hacer válida la cobertura	10
1.5 Exclusiones particulares de la presente cobertura	12
2. Indemnización por Intervención Quirúrgica	12
2.1 Periodo de Espera	12
2.2 Documentación que deberá presentarse para hacer válida la cobertura	12
2.3 Exclusiones particulares de la presente cobertura	12
3. Indemnización por Accidentes y/o Fracturas	13
3.1 Periodo de Espera	13
3.2 Documentación para hacer válida la cobertura	13
3.3 Exclusiones particulares de la presente cobertura	14
4. Cobertura por Urgencias Dentales	14
4.1 Definiciones aplicables para la cobertura por Urgencias Dentales	14
4.2 Objeto de la cobertura por Urgencias Dentales	15
4.3 Cláusulas aplicables a esta cobertura	15
4.4 Exclusiones de la cobertura por Urgencias Dentales	16
4.5 Gastos por tratamientos médicos dentales no cubiertos bajo esta cobertura	16
IV. Cláusulas generales	17
1. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	17
2. Vigencia	17
3. Residencia	17
4. Primas	17
5. Revelación de Comisiones	18
6. Altas	18
7. Bajas	18
8. Ajustes	18
9. Privilegio de Conversión	18
10. Renovación	19
11. Rehabilitación	19
12. Prescripción	19
13. Moneda	19
14. Omisiones o Inexactas Declaraciones	20
15. Competencia	20

	Página
16. Edad	20
17. Siniestros	21
18. Interés Moratorio	21
19. Beneficios Fiscales	22
V. Asistencia Médica y Descuentos	22
<hr/>	
1. Orientación Telefónica	22
2. Envío de un Médico General a Domicilio	22
3. Traslado Médico de Emergencia	22
4. Referencia Médica	22
5. Referencia de Laboratorios Clínicos	22
6. Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen	23
7. Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio	23
8. Referencia de Ópticas	23
9. Precios Preferenciales en Farmacias	23
Anexo 1 Leyes citadas	24
<hr/>	

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Protección Efectiva
Gastos Médicos individual/familiar
Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos del presente Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieren atención médica en el área de urgencias de un Hospital.

Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas de su tratamiento médico o quirúrgico, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un sólo evento.

No se consideran Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realice después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

2. Asegurado

Persona incluida en la Póliza, expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta, con derecho a los beneficios contratados.

3. Agravación del Riesgo

Hay agravación cuando se produce un nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el Contrato y que de haberse conocido por la Compañía, ésta no habría contratado sino estableciendo condiciones distintas, tales como: lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto u ocupante de algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad; lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte; y lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio regular de pasajeros.

4. Compañía

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

5. Contrato o Póliza

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- La carátula de póliza.
- Las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- Las condiciones generales.
- Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

6. Contratante

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

7. Dependientes Económicos

Cónyuge, concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la ley de orden público que resulte aplicable, así como los ascendientes en línea recta menores de 65 años para el primer año de contratación y los descendientes en línea recta.

8. Diagnóstico

El dictamen sobre el padecimiento o condición del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la Póliza que efectúa el Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos como: evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

9- Endoso

Documento que, por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, modifica las condiciones del Contrato y forma parte del mismo.

10. Enfermedad

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

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

11. Fractura

Discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Para fines de este Contrato, las Fracturas de las falanges de un mismo dedo se consideran una sola Fractura.

12. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados. Para efectos de esta Póliza, **no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

13. Intervención Quirúrgica

Procedimiento por el cual un Médico certificado realiza una incisión para maniobrar mecánicamente con las estructuras anatómicas, con el objeto de corregir una patología diagnosticada o bien con la intención de preservar la funcionalidad de un órgano; para restaurar o mantener la integridad física del Asegurado y que requiera el uso de una sala de quirófano. **Se excluye de esta definición cualquier caso en el que el objetivo sea exclusivamente de naturaleza estética (exceptuando cuando sea a consecuencia de Accidente) o de control de la natalidad o tratamiento de fertilidad.**

14. Legrado

Legrado es un procedimiento quirúrgico utilizado para diagnosticar o tratar muchas afecciones que causan sangrado uterino anormal.

15. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general, Médico especialista, cirujano u homeópata.

16. Padecimientos Congénitos

Padecimiento o Enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

17. Padecimientos Preexistentes

Se entienden por Padecimientos Preexistentes aquellos que:

1. Previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado; o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
2. Previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

18. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado para cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato.

19. Perito Médico

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia en controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico y/o autoridad correspondiente.

20. Primera Ocurrencia

La primera manifestación y/o el primer Diagnóstico emitido por el Médico sobre algún padecimiento o Enfermedad sufrida por el Asegurado.

21. Procedimientos Voluntarios

Todos los tratamientos o procedimientos terapéuticos a los que se someta el Asegurado de forma voluntaria y bajo su más estricta responsabilidad, tales como: donación de órganos cuando el Asegurado sea el donante, abortos y Legrados; afecciones que resulten o deriven del alcoholismo o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación; procedimientos o tratamientos de carácter estético o plástico; apnea del sueño, calvicie, anorexia, bulimia, tratamientos por obesidad o reducción de peso, tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad o impotencia sexual.

22. Recurrente

Se define como tal a las manifestaciones de un mismo padecimiento y/o Enfermedad que han vuelto a aparecer después del tratamiento aplicado.

23. Signo

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

24. Síntoma

Fenómeno o anomalía subjetiva que manifiesta el Asegurado, que revela una Enfermedad y que sirve para determinar su naturaleza.

25. Solicitante Titular o Asegurado Titular

Persona asegurada que firma como responsable de la veracidad de las todas las respuestas contenidas en la solicitud del seguro.

26. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato.

II. Objeto del seguro

La Compañía a cambio del pago de una prima, se obliga a cubrir al Asegurado las indemnizaciones correspondientes a los beneficios enunciados en la descripción de las coberturas, señaladas en la carátula de la póliza, a consecuencia de Accidente cubierto, Fractura, Diagnóstico de una Enfermedad Grave o por ser sometido a una Intervención Quirúrgica, que de acuerdo con las condiciones de la Póliza y las características del plan contratado se determinen como procedentes, aclarando que el alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican para otorgar los beneficios como contraprestación de las obligaciones que para el Asegurado corresponden y que se detallan en las presentes condiciones generales.

III. Coberturas

1. Indemnización por Diagnóstico de Enfermedad Grave

La Compañía establece, de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato, que si al Asegurado amparado en la Póliza se le diagnostica la Primera Ocurrencia de una Enfermedad Grave y ésta no es considerada como Padecimiento Preexistente, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la póliza.

1.1 Definiciones

Para efectos de esta cobertura serán aplicables las siguientes definiciones de cada Enfermedad:

Cáncer

Es un crecimiento descontrolado de tejido, producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una Enfermedad única sino un conjunto de Enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.¹

Trasplantes de Órganos

Consiste en transferir un órgano o un tejido de un individuo a otro para reemplazar su función.²

Accidente Cerebro Vascular

Es una interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro causando una alteración súbita en las funciones cerebrales. Hay dos tipos principales de Accidente Cerebro Vascular: Accidente Cerebro Vascular isquémico y Accidente Cerebro Vascular hemorrágico.³

Insuficiencia Renal Crónica

Es una pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos y que empeora lentamente.⁴

Esclerosis Neurológica (cualquier tipo)

Enfermedad consistente en un endurecimiento de las neuronas a causa de una hiperproducción de colágeno.⁵

Infarto Agudo al Miocardio

La muerte o daño a una parte del músculo del corazón debido a un suministro insuficiente de sangre. Los eventos isquémicos cardíacos agudos ocurren cuando en una de las arterias coronarias se bloquea el suministro de sangre al músculo del corazón. El bloqueo es causado generalmente por una acumulación de placa (depósitos de sustancias grasas), debido a la aterosclerosis. Si un depósito de placa se rompe, un coágulo de sangre puede formarse y bloquear la arteria completamente, causando un infarto cardíaco. A estos eventos isquémicos cardíacos agudos también se les conoce como trombosis coronaria u oclusión coronaria.⁶

Quemadura de Tercer Grado

Las quemaduras son lesiones de la piel, de sus anexos y hasta de los músculos y tendones del organismo. Estas son producidas por agentes físicos y químicos en sus diversas formas. Las Quemaduras de Tercer Grado de espesor completo son las que se extienden hasta tejidos más profundos, produciendo una piel de coloración blanquecina, oscura o carbonizada que puede estar entumecida.⁷

Cualquiera de las Enfermedades Graves anteriormente descritas será sujeta de la cobertura del seguro, siempre que sea de Primera Ocurrencia y con Diagnóstico confirmado mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuado por un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Las definiciones marcadas con notas del 1 al 7 están basadas en los sitios de Internet indicados.

1. <http://www.aacr.org/> y <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>
2. http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_presentacion.html
3. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>
4. http://www.umm.edu/esp_ency/article/000471.htm
5. <http://salud.glosario.net/terminos-medicos-de-enfermedades/esclerosis-2862.html>
6. <http://americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3038599>
7. http://www.umm.edu/esp_ency/article/000030.htm

1.2 Enfermedades graves amparadas

Para efecto de esta cobertura, se entenderá por Enfermedad Grave lo que se refiere a cualquiera de los siguientes padecimientos:

- Cáncer. Todo tipo de cáncer, **con excepción de cáncer de piel *In Situ* o cáncer de nariz *In Situ*.**
- Enfermedades que ameriten Trasplantes de alguno de los siguientes órganos: de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea.
- Accidente Cerebro Vascular. Embolia Cerebral con déficit Neurológico. **Quedan excluidas las crisis de isquemia cerebral transitoria.**
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Esclerosis Neurológica.
- Infarto Agudo al Miocardio.
- Quemadura de Tercer Grado en más de 30% cuerpo.

Cualquier otra Enfermedad Grave no incluida en la lista anterior no estará sujeta a cobertura.

Se establece que el Diagnóstico que avale la Primera Ocurrencia de Enfermedad Grave, deberá basarse en la evaluación con pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico para determinar que corresponde a la Primera Ocurrencia de la Enfermedad.

1.3 Periodo de Espera

Se establece un Periodo de Espera de 180 días a partir del inicio de vigencia de la Póliza para que la indemnización a que hace referencia esta cobertura aplique.

El lapso mencionado no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas en las que no ha habido periodos sin cobertura.

Para el caso de Padecimientos Congénitos del recién nacido la madre deberá de contar con 10 meses de cobertura continua en este producto a la fecha de nacimiento del menor.

1.4. Requisitos para hacer válida la cobertura

Para poder hacer válida la cobertura de Enfermedad Grave, se deberán presentar las siguientes condiciones y/o documentos enumerados en este apartado.

Cáncer

1. Solicitud de Indemnización detallada con diagnóstico y tratamiento emitido por un Médico especialista en Oncología.
2. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - a) Estudio Histopatológico.
 - b) Marcadores Tumorales.
 - c) Resonancia Magnética.
 - d) Tomografía Axial Computarizada.
 - e) Tomografía por Emisión de Positrones.
 - f) Ecografía.
 - g) Estudios con Radionúclidos.

Trasplante de Órganos

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento emitido por Médico especialista.
2. Comprobar la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos mediante estudios de laboratorio y/o gabinete.

Derrame e Infarto Cerebral

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento emitido por un Especialista en Neurología.
2. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada y Angiografía Cerebral.

Accidente Cerebro Vascular

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento emitido por un Especialista en Neurología.
2. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes, denominados Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética o Angiografía Cerebral.

Tromboembolia, Embolia

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento emitido por un Médico especialista en Cardiología.

Insuficiencia Renal Crónica

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento (periodicidad de la diálisis o hemodiálisis) emitido por un Especialista en Nefrología.
2. Comprobar el Diagnóstico a través de estudios de laboratorio y/o gabinete e informe nefrológico.

Esclerosis Neurológica

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Neurología.
2. Comprobar la Enfermedad mediante los exámenes denominados Imagen de Resonancia Magnética y Líquido Cefalorraquídeo.
3. Que el deterioro de la función motora (relativa al movimiento) y sensitiva (relativa a la sensibilidad) esté presente.
4. Que los Síntomas sean persistentes.

Infarto Agudo al Miocardio

1. Solicitud de Indemnización detallada con Diagnóstico y tratamiento emitido por un Médico especialista en Cardiología.
2. Comprobar los nuevos cambios a consecuencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados Electrocardiograma, Troponina "I", Enzimas cardíacas, Ecocardiograma y Pruebas funcionales.

Quemaduras de tercer grado en más de 30% del cuerpo

1. Solicitud de Indemnización detallada.
2. Resumen del Hospital de alta especialidad, donde fue atendido.
3. Porcentaje de afectación de la quemadura de acuerdo a las tablas de Wallace en adultos o a las tablas de Lund y Browder en niños.

1.5 Exclusiones particulares de la presente cobertura

- a) **Cáncer *In Situ* de piel.**
- b) **Cáncer *In Situ* de nariz.**
- c) **Cualquier Enfermedad Grave en presencia de VIH/SIDA.**
- d) **Padecimientos Preexistentes.**
- e) **Cualquier Enfermedad no descrita en este apartado.**

2. Indemnización por Intervención Quirúrgica

La Compañía establece de acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza, que si por motivo de atención médica a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, ocurrido y/o diagnosticado en la Vigencia de esta Póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura requiriese una Intervención Quirúrgica, tendrá derecho a recibir, en una sola exhibición, la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la póliza.

Dicha indemnización sólo será por única ocasión por vigencia, para ésta u otras cirugías relacionadas por la Enfermedad o las lesiones provocadas por el Accidente.

2.1 Periodo de Espera

Se establece un Periodo de Espera de 90 días a partir del inicio de vigencia de la Póliza para que la indemnización a que hace referencia esta cobertura se aplique.

El lapso mencionado no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas en las que no ha habido periodos sin cobertura o cuando se trate de Accidentes.

Para el caso de Padecimientos Congénitos del recién nacido la madre deberá de contar con 10 meses de cobertura continua en este producto a la fecha de nacimiento del menor.

2.2 Documentación que deberá presentarse para hacer válida la cobertura

1. Solicitud de Indemnización en la cual se indique Diagnóstico, procedimiento quirúrgico proyectado y realizado.
2. Nota de alta hospitalaria.
3. Estudios de laboratorio y gabinete que avalen el padecimiento.

2.3 Exclusiones particulares de la presente cobertura

Las indemnizaciones cubiertas por esta Póliza no surtirán efecto cuando la causa que dé origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a) **Intervenciones Quirúrgicas derivadas de Padecimientos Preexistentes y/o sus complicaciones a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.**
- b) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o Enfermedades que se desarrollen por esta causa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) **Enfermedades o lesiones que sufra el Asegurado ocasionadas a consecuencia de la ingesta de drogas, narcóticos o alucinógenos.**
- d) **Impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- e) **Intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH/SIDA.**

- f) **Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.**
- g) **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- h) **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- i) **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto u ocupante de algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- j) **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.**
- k) **Padecimientos Congénitos originados fuera de la vigencia de la Póliza.**
- l) **Tratamientos con fines preventivos.**
- m) **Intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, excepto cuando sean a causa de un Accidente ocurrido en la Vigencia del seguro.**
- n) **Procedimientos Voluntarios.**
- o) **Legrados.**
- p) **Intervenciones quirúrgicas relacionadas con la maternidad o a consecuencia de ésta.**
- q) **Cirugías Maxilofaciales.**
- r) **Cualquier Intervención Quirúrgica en presencia de VIH/SIDA.**
- s) **Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**

3. Indemnización por Accidentes y/o Fracturas

La Compañía establece de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato, que si el Asegurado sufriera un Accidente y/o Fractura, ocurrido dentro de la Vigencia de esta Póliza, el Asegurado amparado por esta cobertura, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la carátula de la póliza.

El pago de esta cobertura se realizará con base en lo siguiente:

- En caso de Accidente se pagará una sola indemnización.
- En caso de Accidente con una Fractura, se pagará una sola indemnización.
- Si existen dos o más Fracturas se pagará una indemnización por cada hueso fracturado.

Para fines de este contrato, en caso de que en un mismo evento existan Fracturas de varias falanges de un mismo dedo, todas ellas se considerarán como una sola Fractura.

3.1 Periodo de Espera

No aplica Periodo de Espera.

3.2 Documentación para hacer válida la cobertura

- a) Solicitud de Indemnización con el detalle de las lesiones y el mecanismo de lesión, así como la fecha de ocurrencia.
- b) Estudios de gabinete utilizados para el diagnóstico de la lesión.
- c) En caso de Accidente, se deberá presentar el alta hospitalaria indicando que el Asegurado ingresó por el área de urgencias.

3.3 Exclusiones particulares de la presente cobertura

Las indemnizaciones cubiertas por esta Póliza no surtirán efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a) Accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
- b) Accidentes que sufra el Asegurado ocasionados a consecuencia de la ingesta de drogas, narcóticos o alucinógenos.
- c) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o Accidentes que se desarrollen por esta causa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- d) Accidentes y/o lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.
- e) Accidentes y/o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
- f) Accidentes y/o lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- g) Accidentes y/o Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto u ocupante de algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- h) Accidentes y/o Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.

4. Cobertura por Urgencias Dentales

Esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán proporcionados por la compañía Articuladora de Servicios Dentales en adelante “El Prestador” que designe la Compañía.

4.1 Definiciones aplicables para la cobertura por Urgencias Dentales

Dentista: Médico en odontología que cuenta con título profesional emitido por una autoridad competente para el ejercicio de su profesión.

Dentista de Red: dentista que ha celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales con “El Prestador”, y que se encuentra autorizado para llevar a cabo los Tratamientos al Asegurado.

Primera Consulta Médica: será aquella evaluación que el Dentista practique al Asegurado o sus Dependientes económicos que se encuentren cubiertos por la Póliza, con el objeto de conocer su estado de salud dental por Urgencia.

Honorario Máximo: es la cantidad máxima que “El Prestador” pagará al Dentista por concepto de honorarios, por cada Procedimiento o Tratamiento realizado por éste a los Asegurados.

Patología dental: conjunto de síntomas de una Enfermedad dental.

Procedimientos o Tratamientos Dentales por Urgencia: serán aquellas técnicas odontológicas aplicadas por el dentista con el objeto de paliar alguna dolencia o lesión bucal que sufra el Asegurado o sus Dependientes económicos que se encuentren cubiertos por la Póliza como consecuencia de una Urgencia Dental.

Urgencia o Emergencia: que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del Dentista para prevenir un daño físico mayor o paliar una dolencia.

4.2 Objeto de la cobertura por Urgencias Dentales

Mediante esta cobertura la Compañía, a través de “El Prestador” que designe, proporcionará al Asegurado o sus Dependientes económicos que se encuentren cubiertos en la Póliza, aquellos tratamientos dentales que deriven de una patología dental por Urgencia.

4.3 Cláusulas aplicables a esta cobertura

1. Para los efectos de esta cobertura, solamente estarán protegidos los Asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana. El Asegurado Titular tiene la obligación de notificar a AXA Seguros, S.A. de C.V. el lugar de residencia de cada uno de sus Dependientes Económicos, cuando no vivan con él.
2. Únicamente se cubrirán los siguientes Procedimientos o Tratamientos Dentales derivados de una Patología dental por Urgencia, de acuerdo con la siguiente tabla:
 - a) Consulta por Urgencia dental.
 - b) Curaciones sedantes temporales.
 - c) Extracción de restos coronales (dientes deciduos).
 - d) Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).
 - e) Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por Accidente o desplazamiento.
 - f Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral, realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).
 - g) Pulpotomía terapéutica (remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento), **no incluye la restauración final.**
 - h) Recubrimiento pulpar directo, **no incluye la restauración final.**
 - i) Recubrimiento pulpar indirecto, **no incluye la restauración final.**
 - j) Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y onlays.
3. Se cubrirán los Padecimientos Preexistentes, siempre y cuando el Asegurado no haya iniciado, durante la vigencia de esta Póliza, cualquier Tratamiento Dental con algún dentista que no haya sido autorizado por “El Prestador”.
4. Cuando el Asegurado o sus Dependientes económicos cubiertos en la Póliza requieran un tratamiento dental por Urgencia, deberán comunicarse al número telefónico 01 800 911 9999 a efecto de solicitar la asistencia correspondiente.

En caso de no existir Dentista de Red en el lugar de residencia del Asegurado o de sus Dependientes económicos cubiertos en la Póliza, éstos podrán acudir con el Dentista que consideren oportuno para paliar su dolencia por Urgencia, en cuyo caso, “El Prestador” se compromete a pagar los honorarios dentales de acuerdo al tabulador de la zona y en caso de ser superior el honorario a cubrir, quedará a cargo del Asegurado la diferencia a pagar al Dentista elegido.

En caso que la reclamación proceda a través del sistema de Pago por Reembolso, el Asegurado Titular deberá comprobar fehacientemente la prestación del Tratamiento o Procedimiento. El Asegurado deberá presentar su reclamación por escrito, acompañada de las siguientes formas y documentos debidamente llenados en los términos indicados en los mismos:

- a) Formato de Solicitud de Reembolso, autorizado y proporcionado por la Compañía el cual deberá estar debidamente llenado y firmado. Este formato será aplicable únicamente para Tratamientos o Procedimientos efectuados dentro del territorio de la República Mexicana.
- b) Facturas originales, de cada uno de los gastos efectuados y que satisfagan los requisitos fiscales aplicables.
- c) Recibos de honorarios dentales, que especifiquen claramente los conceptos que se están cobrando y desglosen el costo de cada Procedimiento o Tratamiento realizado.
- d) Radiografías, previas y posteriores a un Tratamiento o Procedimiento.
- e) Carta Explicativa, detallando las razones por las que acudió con un dentista fuera de Red.

-
5. En la presente cobertura no se aplicarán copagos por recibir atención con los Dentistas de Red. Los tratamientos dentales cubiertos por Urgencia serán pagados directamente al Dentista por “El Prestador” designado por la Compañía.
 6. Para recibir los servicios dentales descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de la Compañía, acompañada de una identificación oficial con fotografía y proporcionar el número de orden que asigne “El Prestador” al momento de confirmar la cita al Asegurado.

4.4 Exclusiones de la cobertura por Urgencias Dentales, esta cobertura no ampara:

- 1. Las Urgencias dentales como consecuencia de:**
 - a) Tratamientos Dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados por Dentistas no designados por “El Prestador” antes o durante la vigencia de esta Póliza.**
 - b) Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite tratamiento con Urgencia.**
 - c) Incisión y drenaje de abscesos complicados, incluyendo la “Angina de Ludwig” .**
 - d) Ningún tratamiento no especificado en la tabla de padecimientos por Urgencia.**
 - e) Urgencias dentales a causa de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**
 - f) Urgencias dentales a consecuencia de:**
 - a) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
 - b) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

4.5 Gastos por tratamientos médicos dentales no cubiertos bajo esta cobertura

- 1. Gastos originados por: servicios prestados por un Dentista que no sea de Red o materiales suministrados antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.**
- 2. Gastos por adquisición de medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.**
- 3. Gastos por Radiografías de diagnóstico (la inicial por diente), las radiografías subsecuentes (por diente) están incluidas en el costo del Tratamiento o Procedimiento por Urgencia Dental.**
- 4. Gastos por honorarios o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la Póliza de seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento por diente haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de seguro.**
- 5. Gastos por Tratamientos o materiales suministrados en un Hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por tratamiento en Hospital.**
- 6. Gastos por servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.**
- 7. Gastos por cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento**

cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, los algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.

8. Gastos por servicios dentales en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
9. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades que se originen a consecuencia de:
 - a) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - b) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

IV. Cláusulas generales

1. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones por sí mismos al Contrato de Seguro y sus Endosos. Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Notificaciones.

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

2. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

3. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

4. Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a la cobertura contratada, de acuerdo con su sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

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

La prima correspondiente a cada uno de los recibos, vencerá al término de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha

de inicio de renovación de la vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

En el caso de pagos fraccionados, para los pagos subsecuentes al primero el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de vigencia de cada recibo. Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

- b) Forma de pago. Las primas convenidas serán pagadas mediante depósito bancario o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Compañía (AXA Seguros, S.A. de C.V.). 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, depósito ante las instituciones bancarias con las cuales tenga convenio la Compañía o por transferencias electrónicas; servirán como recibo el estado de cuenta del cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

5. 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. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito en un plazo que no excederá 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la cobertura, mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía conforme con las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir. Esta inclusión deberá ser reportada a la Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo candidata al plan.

La Compañía no requerirá al solicitante realizarse un examen médico.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente. Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de Antigüedad en una Póliza Individual o Familiar de Gastos Médicos Mayores de la Compañía y se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento, así como que se realice el pago de la prima correspondiente.

7. Bajas

Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Asegurado Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

8. Ajustes

En caso de Altas de Dependientes Económicos, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha de ese movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Dependientes Económicos, se procederá en forma similar, al devolver al Contratante la prima de riesgo no devengada.

9. Privilegio de Conversión

Cualquier Dependiente del Asegurado Titular que haya sido excluido de la Póliza por la situación señalada en la cláusula de Bajas, tendrá derecho a que, si lo solicita, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que causó baja de la presente Póliza, le sea expedida una Póliza individual de Gastos Médicos cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

10. Renovación

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada uno, el Contratante no da aviso por escrito de su voluntad de cancelarlo.

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

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dicha renovación se realizará a petición del Contratante o Asegurado Titular y previa aceptación de la Compañía. Asimismo la Compañía se compromete a que dicha renovación se realizará con productos que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de este Contrato debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe, de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.

11. Rehabilitación

Esta Póliza no podrá ser rehabilitada por ningún motivo, la falta del pago de primas dentro del plazo legal para hacerlo cancela el seguro en forma automática.

12. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán en dos años, "... el plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

13. Moneda

Todas las cantidades a que hace referencia el Contrato de Seguro, incluyendo Suma Asegurada y Primas, estarán denominadas en la moneda especificada en la carátula de la póliza.

Todos los pagos por Pago de Primas convenidos 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, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro por parte de la Compañía, se verificarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria Vigente calculados hasta el día inmediato anterior a la fecha en que se efectúe el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá cambio de Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

14. Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o Solicitante Titular, declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

En caso de omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho aunque no hayan influido en la realización del siniestro, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 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 Compañía en lo sucesivo, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Las obligaciones de la Compañía 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 sobre los hechos relacionada con el siniestro de acuerdo con lo estipulado en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

15. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef); pudiendo determinar a su elección la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de dos años, contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario. De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o no se designen alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

16. Edad

- a) La Compañía aceptará el ingreso de personas a la Póliza desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo con las cláusulas de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación. En la cobertura del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante la parte de la prima de riesgo correspondiente a ese Asegurado.

- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

17. Siniestros

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente, Intervención Quirúrgica o Enfermedad Grave que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó el aviso tan pronto como cesó uno u otro.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro y deberá presentar llenadas las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación.
La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo indemnizará cuando la atención la lleven a cabo Médicos titulados y enfermeras tituladas, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión; así como, cuando la atención se lleve a cabo en Hospitales, Clínicas o Sanatorios legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, para un arbitraje privado.
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. El Perito vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y, en caso de existir, será liquidado por la Compañía.
La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

18. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

19. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social; siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, así como sus ascendientes o descendientes, en línea recta, conforme al artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

V. Asistencia Médica y Descuentos

Los servicios ofrecidos se hacen extensivos a los familiares directos del Asegurado, siendo éstos su cónyuge e hijos menores de 25 años o sus padres.

1. Orientación Telefónica

Este servicio es proporcionado por AXA Assistance. Para obtener dicha orientación el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, con el objeto de solicitar orientación médica telefónica sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren de la presencia de un Médico.

2. Envío de un Médico General a Domicilio

Este servicio de asistencia proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener dicho envío, el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, con el objeto de solicitar en su domicilio, o en el lugar donde se encuentre, la presencia de un Médico general para su valoración en situaciones no urgentes.

El Asegurado deberá pagar al Médico únicamente los primeros \$250.00 M.N. (doscientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) de cada visita domiciliada.

3. Traslado Médico de Emergencia

Este servicio de asistencia proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener este traslado el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, en caso que sufra un Accidente o Enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que requieran su hospitalización. La Compañía a través de AXA Assistance brindará al Asegurado la asistencia de una ambulancia terrestre para su traslado al centro hospitalario más cercano.

Este traslado se otorgará dos veces cada aniversario de la Póliza. En caso de requerirse traslados adicionales el Asegurado correrá con los gastos, contando con precios preferenciales.

4. Referencia Médica

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener este servicio el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, en caso que sufra un Accidente o Enfermedad. La Compañía, a través de AXA Assistance, referirá al Asegurado con Médicos generales o especialistas de todas las especialidades de la red AXA. Todas las consultas de primer nivel de atención o de segundo nivel de especialidad tendrán un costo de \$200.00 pesos en áreas metropolitanas y de \$300.00 pesos, como costo máximo, en la zona fronteriza.

5. Referencia de Laboratorios Clínicos

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener la referencia de laboratorios para practicarse estudios de biometría hemática, química sanguínea y antígeno prostático, el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo. Los precios serán preferenciales.

6. Referencia de Gabinetes Médicos de Imagen

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtenerlo, el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, donde le proporcionarán la referencia de estudios de gabinete como radiología, rayos X simples y con medio de contraste, ultrasonido y tomografías. Los precios serán preferenciales.

7. Referencia de Servicios de Enfermería General a Domicilio

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener este servicio el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo, con el objeto de solicitar en su domicilio o en el lugar donde se encuentre la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general en situaciones no urgentes. Los precios serán preferenciales.

8. Referencia de Ópticas

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener la referencia de ópticas de reconocido prestigio, el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo. Los precios serán preferenciales.

9. Precios Preferenciales en Farmacias

Este servicio proporcionado por AXA Assistance aplica únicamente en territorio nacional.

Para obtener el listado de farmacias que conforman la red de proveedores de estos servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse al número 01 800 911 9999 sin costo.

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 07 de enero de 2011, con el número CNSF-S0048-0191-2010.



Anexo 1 Leyes citadas

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 276

<p>VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;</p> <p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p> <p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.</p>	<p>Art. 276</p>
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p>	<p>Art. 277</p>

<p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Art. 277
Ley Sobre el Contrato de Seguro	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.	Art. 10
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.	Art. 25
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.	Art. 47
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
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
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

<p>El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.</p> <p>Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.</p>	<p>Art. 71</p>
<p>Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:</p> <p>I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.</p> <p>II.- En dos años, en los demás casos.</p> <p>En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.</p>	<p>Art. 81</p>
<p>El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.</p> <p>Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.</p>	<p>Art. 82</p>
<p>Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros</p>	
<p>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:</p> <p>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;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y</p> <p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	<p>Art. 50 bis</p>

<p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;</p> <p>IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p> <p>VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;</p> <p>Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.</p> <p>VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

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.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Art. 68



Llámanos sin costo
800 001 8700
axa.mx