

A full-page photograph of a woman with long brown hair and glasses, wearing a bright yellow button-down shirt and light blue jeans. She is smiling and walking towards the right, carrying a laptop under her left arm. The setting is a modern office hallway with wooden floors, a glass wall on the right, and a potted plant on the left. The text is overlaid on the bottom left of the image.

Gastos Médicos Mayores Flex Plus[®]

Condiciones Generales

I. Objeto del seguro

II. Definiciones relativas a la Póliza

1. Accidente	5
2. Asegurado(a)	5
3. Asegurado(a) Titular	5
4. Asegurados Nacidos Fuera de la Póliza	5
5. Check Up	5
6. Coaseguro	5
7. Compañía	5
8. Consulta	5
9. Contratante	6
10. Contrato de Seguro o Póliza	6
11. Deducible	6
12. Dispositivos Médicos	6
13. Emergencia Médica	6
14. Endoso	6
15. Enfermedad	6
16. Enfermedad Congénita	6
17. Enfermedad Genética	6
18. Enfermedades Preexistentes	6
19. Fecha de Alta	6
20. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)	7
21. Fecha de Antigüedad en AXA Individual (Antigüedad en AXA Individual)	7
22. Fractura	7
23. Gama Hospitalaria	7
24. Hospital, Clínica o Sanatorio	7
25. Hospitalización	7
26. Imprevisto Médico	7
27. Madre Asegurada	7
28. Maternidad Subrogada	7
29. Medicamento Necesario	7
30. Medicamento	7
31. Medicamentos Huérfanos	7
32. Médico	7
33. Órganos Bilaterales	8
34. Pago Directo	8
35. Pago por Reembolso	8
36. Periodo de Espera	8
37. Periodo de Pago de Siniestro	8
38. Prestadores en Convenio	8
39. Programación de Servicios	8
40. Proveedor en Convenio AXA Keralty	8

41. Región Anatómica	9
42. Reproducción Asistida	9
43. Siniestro	9
44. Solicitud de Seguro	9
45. Suma Asegurada	9
46. Tabulador	9
47. Terapia Génica	9
48. Tratamiento o Terapia	9
49. Tratamientos en Investigación	9
50. Tratamientos Innovadores	9
51. Tope de Coaseguro	10
52. Videoconsulta	10
53. Vigencia	10
54. Beneficio +Care	10

III. Definiciones relativas a AXA Assistance

1. Beneficiario(s)	11
2. Equipo Médico de AXA Assistance	11
3. Familia Asegurada	11
4. Invitado de la Familia Asegurada	11
5. Personal Doméstico	11
6. Representante	11
7. Servicios de Asistencia	11
8. Situación de Asistencia	11
9. Territorialidad	11
10. Viaje	11
11. País de Residencia	11
12. Residencia Permanente (Domicilio)	11

IV. Cobertura básica

1. Gastos Médicos Mayores cubiertos	12
1.1 Honorarios Médicos	12
1.2 Gastos hospitalarios	13
1.3 Cuidados en casa o fuera del Hospital	13
1.4 Terapias de rehabilitación	14
1.5 Tratamientos de inmunoterapia, quimioterapia o radioterapia	14
1.6 Procedimientos específicos de ortopedia y cardiología	15
1.7 Cirugía reconstructiva	15
1.8 Trasplante de órganos	15
1.9 Trasplante de tejidos y células	15
1.10 Dispositivos Médicos	16
1.11 Tratamiento dental por Accidente	18
1.12 Práctica amateur de deportes	18

1.13 Ambulancia	18
1.14 Apoyo psicológico	18
1.15 Medicina alternativa	19
1.16 Cirugía por robot	19
1.17 Medicina hiperbárica	19
1.18 Enfermedad Congénita y Genética	19
1.19 Tratamientos Innovadores	19
1.20 Maternidad	20
1.21 VIH y SIDA	21
1.22 Cirugía bariátrica	21
2. Beneficios Incluidos en la Cobertura básica	21
2.1 Beneficio de Atención Médica	21
2.2 Beneficio +Care	22
3. Periodo de Espera	22
3.1 Reducción o eliminación de Periodos de Espera	22

V. Coberturas adicionales con costo 24

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)	24
2. Maternidad Extendida (MATE)	24
3. Preexistencia (PRE)	24
4. Deducible Cero por Accidente (DED0)	25
5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM)	25
6. Cobertura Nacional (CoNa)	25
7. Conversión Garantizada (CGAR)	26
8. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)	27
9. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)	28
9.1 Cáncer	28
9.2 Enfermedades cerebrovasculares y cerebrales	28
9.3 Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía	29
9.4 Trasplantes de órganos	29
9.5 Infarto del miocardio	29
9.6 Enfermedades renales	29
9.7 Enfermedades de columna	29
9.8 Segunda opinión médica en Estados Unidos	29
10. Atención en el Extranjero (ATEX)	30
11. Cliente Distinguido (DIST)	31
11.1 Ascenso al siguiente nivel de la habitación estándar en territorio nacional	31
11.2 Paquete de Admisión	31
11.3 \$500 (quinientos pesos 00/100 moneda nacional)	31
11.4 \$100 (cien pesos 00/100 moneda nacional)	31
11.5 Cirugía por Miopía	31
11.6 Queratocono	32
12. Planmed	32

12.1 Intermedio	32
12.2 Plan Integral	35

VI. Servicios de Asistencia AXA Assistance 36

1. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza	36
2. Servicios de asistencia adicionales con costo	36
3. Obligaciones del Beneficiario	39
4. Normas generales	40
4.1 Mitigación	40
4.2 Prescripción de las reclamaciones	40
4.3 Personas que prestan los Servicios de Asistencia	40
4.4 Subrogación	40
5. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes	40

VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) 42

VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado 46

1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	46
1.1 Aplicación de Suma Asegurada	46
1.2 Aplicación de Deducible	47
1.3 Aplicación de Coaseguro	47
1.4 Aplicación de Periodo de Pago de Siniestros	49
1.5 Pago Directo y Programación de Servicios	49

IX. Cláusulas generales 50

1. Cobertura del Contrato de Seguro	50
2. Gama Hospitalaria	50
3. Periodo de Beneficio	50
4. Primas	50
5. Periodo de Gracia	50
6. Rehabilitación de la Póliza	51
7. Periodo al Descubierta	51
8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	51
9. Cancelación del Contrato	51
10. Extinción de Obligaciones	51
11. Revelación de Comisiones	52
12. Altas	52
13. Bajas	52
14. Cambio de Plan	52
15. Cambio de Producto	53
16. Examen Médico	53
17. Renovación	53

18. Prescripción	53
19. Zona de Cobertura (Territorialidad)	53
20. Moneda	54
21. Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	54
22. Omisiones o Inexactas Declaraciones	54
23. Agravación del Riesgo	55
24. Competencia	55
25. Edad	55
26. Siniestros	56
27. Interés Moratorio	56
28. Beneficios Fiscales	56
29. Arbitraje Médico	56
30. Entrega de la Documentación Contractual	56
31. Responsabilidad de la Compañía	57
32. Subrogación	57
33. Restricción de cobertura	57

X. Significado de abreviaturas y siglas 58

XI. Registro 58

Anexos 59

Anexo 1: Procedimientos para el uso de tu Póliza	59
Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica	65
Anexo 3: Artículos citados en las Condiciones Generales	66
Anexo 4: Tabla de indemnización para el Beneficio de Check Up de la Cobertura Planmed	67
Anexo 5: Información adicional sobre servicios de asistencia y coberturas	68
5.1 Servicio de Asistencia Incluidos	68
5.2 Servicio de Asistencia con costo: Protección Dental Integral (PDI)	69
5.3 Tu médico 24 horas. Envío de Médico a Domicilio	70
5.4 Cliente Distinguido (DIST). Envío de Médico a Domicilio	70



I. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir los gastos erogados en territorio nacional que sean Medicamente Necesarios en que incurra el Asegurado con motivo de la atención médica que reciba para restablecer su salud. La Compañía cubrirá dichos gastos derivados de Tratamientos relacionados con un Siniestro y que puedan ser comprobados mediante un diagnóstico médico proporcionado por instituciones y personas legalmente autorizadas para el ejercicio de su actividad.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones estipulados en esta Póliza.

La Compañía podrá otorgar los beneficios de Programación de Servicios y Pago Directo.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales que el Contratante o Asegurado Titular puede contratar a su elección. De acuerdo con el plan seleccionado, estas coberturas están especificadas en la carátula de la Póliza y estarán sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este Contrato de Seguro.



II. Definiciones relativas a la Póliza

Para efectos de este Contrato de Seguro, en plural o singular y siempre que se usen con mayúsculas, se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento súbito, fortuito y violento proveniente de una causa externa que produce lesiones que requieren atención médica en el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días subsecuentes al evento.

Se considera como parte de un mismo Siniestro a todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones o secuelas.

2. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza que tiene derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

3. Asegurado(a) Titular

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

4. Asegurados Nacidos Fuera de la Póliza

Persona incluida en la Póliza que cumpla con lo siguiente:

- No se haya solicitado su Alta dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento o;
- Que la Madre Asegurada no cumpla con el Periodo de Espera.

5. Check Up

Conjunto de exámenes clínicos o procedimientos de tecnología con los que se podrá evaluar el estado de salud del Asegurado.

6. Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de la Póliza a cargo del Asegurado sobre el total de los gastos cubiertos por cada Siniestro. Se aplica después del Deducible y no es reembolsable ni tampoco compensable.

7. Compañía

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

8. Consulta

Atención que brinda el Médico de forma intrahospitalaria, en su consultorio o en el domicilio del Asegurado, con la finalidad de evaluarlo clínicamente para establecer un diagnóstico y Tratamiento del Siniestro.

El Médico debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente médico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y del expediente clínico electrónico para territorio nacional y en territorio extranjero de acuerdo con la legislación aplicable.

9. Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceras personas y que está obligado a efectuar el pago de la prima del seguro.

10. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a) Solicitud del Seguro llenada y firmada por el solicitante titular en representación del resto de los solicitantes.
- b) Cuestionario médico.
- c) Carátula de la Póliza.
- d) Condiciones generales.
- e) Endosos.
- f) Tabulador.
- g) Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- h) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

11. Deducible

Monto estipulado en la carátula de la Póliza a cargo del Asegurado en cada Siniestro y no es reembolsable.

El Asegurado puede elegir entre:

- Único: se cubre una sola vez.
- Anual: se cubre cada año a partir de la fecha del primer gasto del Siniestro, con independencia de la fecha de renovación de la Póliza. A partir del tercer Siniestro ocurrido en la misma vigencia de la Póliza, para Asegurado Titular, cónyuge o hijos, la Compañía exentará el Deducible, siempre y cuando el gasto supere dicho Deducible.

12. Dispositivos Médicos

Todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto, incluido el software para su funcionamiento, destinados para ser empleados en seres humanos, que cuenten con la autorización de la COFEPRIS, cuya institución los clasifica en:

- Equipo médico.
- Prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
- Agentes de diagnóstico.
- Materiales quirúrgicos y de curación.
- Insumo de uso odontológico.
- Productos higiénicos.

13. Emergencia Médica

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

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

14. Endoso

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

15. Enfermedad

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. Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren.

Se consideran como parte de la misma Enfermedad las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

16. Enfermedad Congénita

Aquella que está presente desde el nacimiento. Puede ser hereditaria o secundaria a un defecto en la formación del embrión. Estas enfermedades pueden ser Anatómicas/ Estructurales o Metabólicas.

- **Anatómico/Estructural:** alteraciones anatómicas externas (visibles) o internas (no detectables a simple vista).
- **Metabólico:** alteración que afecta el metabolismo y funcionamiento normal de algún órgano.

17. Enfermedad Genética

La que resulta de una anomalía en el genoma, que es hereditaria o adquirida.

18. Enfermedades Preexistentes

Se refiere a la existencia en el Asegurado de condiciones de salud que son una Enfermedad, lesión o Accidente originados en fecha anterior a la Fecha de Alta de esta Póliza.

La preexistencia de una Enfermedad podrá demostrarse mediante alguno de los siguientes supuestos:

- Fue declarada por el Contratante o Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro.
- Resumen clínico que indique el diagnóstico ha sido realizado por un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- Pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Gastos documentados y comprobables de haber recibido un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

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 resumen clínico.

19. Fecha de Alta

Fecha en la que la Compañía aceptó al Asegurado como parte de este Contrato de Seguro y a partir de la cual tiene derecho a los beneficios de este. Esta fecha es también el día de la celebración del Contrato de Seguro y está estipulada en la carátula de la Póliza.

Para el caso de las coberturas adicionales con costo, la Fecha de Alta se establece a partir de cuándo la contrató y fue aceptada por la Compañía.

Cualquier Accidente o Enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, será considerada como Enfermedad Preexistente.

20. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros.

En caso de que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado, lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad se indicará en la carátula de la Póliza como Antigüedad Reconocida.

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

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.

En caso de que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado, lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad en AXA Individual se indicará en la carátula de la Póliza como Antigüedad en AXA Individual.

22. Fractura

Condición médica en la que se produce una ruptura parcial (fisura) o completa de la continuidad del hueso.

23. Gama Hospitalaria

Grupo de Hospitales, Clínicas o Sanatorios con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles para la atención del Asegurado.

Pueden consultar los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que integran cada Gama Hospitalaria en el buscador de servicios de axa.mx, dando [clik aquí](#) o en la línea exclusiva de Salud AXA 800 001 8700.

24. Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes. No se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes y estéticos.

25. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y necesaria para la atención de un Siniestro para el restablecimiento de la salud del Asegurado. Dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital, Clínica o Sanatorio y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del Asegurado.

26. Imprevisto Médico

Evento súbito que requiere atención médica inmediata que no pone en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función vital del Asegurado.

27. Madre Asegurada

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

28. Maternidad Subrogada

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

29. Médicamente Necesario

Dispositivo Médico, Medicamento, Tratamiento, procedimiento o intervención que sea prescrito por el Médico tratante, siempre y cuando cumpla con las “indicaciones para prescribir (IPP)” del fabricante; esté autorizado por COFEPRIS y, que siga las guías de Tratamiento nacionales e internacionales vigentes para su uso, de acuerdo con el lugar donde se recibe la atención médica. En Tratamientos de radioterapia o quimioterapia y trasplante de tejidos y células troncales hematopoyéticas para el Tratamiento de leucemia y linfomas, de acuerdo con las Guías Terapéuticas de la NCCN.

30. Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o de rehabilitación, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Además, se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos o de rehabilitación.

Para que sea considerado Medicamento, este debe tener registro sanitario vigente emitido por la COFEPRIS.

31. Medicamentos Huérfanos

Medicamentos y productos farmacéuticos que se emplean en el Tratamiento de enfermedades raras en México definidas por el Consejo de Salubridad General (CSG), cuyo registro sanitario emitido por la COFEPRIS, indique su uso para dichas enfermedades.

32. Médico

Profesional de la salud, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país, que puede ser Médico general, Médico especialista u homeópata, certificado por la

Secretaría de Educación Pública y autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente.

En el caso de Médico especialista, deberá contar con la certificación vigente por el Consejo de la Especialidad correspondiente. Para el uso de Dispositivos Médicos de alta especialidad, deberá contar con la certificación vigente que avale su entrenamiento en el uso del Dispositivo Médico.

En todos los casos, es obligación del Asegurado cerciorarse que sus Médicos tratantes cuentan con cédula profesional, cédula de especialidad, así como las correspondientes certificaciones médicas que resulten necesarias para ejercer la especialidad de que se trate.

33. Órganos Bilaterales

Órganos u áreas que son pares en la que existe uno de lado derecho y otro de lado izquierdo.

34. Pago Directo

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

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

La Compañía no compromete y se reserva la autorización de Pago Directo cuando del análisis de la información médica no pueda determinarse la procedencia de la solicitud; el Asegurado opte por utilizar servicios de personal médico o instalaciones de salud diferentes a los Prestadores en Convenio o, existan circunstancias por las cuales existan dudas razonables sobre la procedencia de la solicitud.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete, farmacia o proveedores de equipo médico con quien decida obtener el servicio, la Compañía no será responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

35. Pago por Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos procedentes y erogados previamente por el Asegurado como consecuencia de un Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro.

36. Periodo de Espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la Fecha de Alta de cada Asegurado hasta la fecha del Siniestro, a fin de que determinados gastos sean cubiertos, como se describen en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera. Los Periodos de Espera solo pueden ser reducidos de acuerdo con lo establecido en el apartado IV. Cobertura básica: 3.1 Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

37. Periodo de Pago de Siniestro

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

38. Prestadores en Convenio

Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

Pueden consultar los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que integran cada Gama Hospitalaria en el buscador de servicios de axa.mx, dando [clic aquí](#) o en la línea exclusiva de Salud AXA 800 001 8700.

39. Programación de Servicios

Beneficio que la Compañía puede otorgar, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico cubierto, para el Pago Directo que la Compañía realizará a los Prestadores en Convenio.

El Asegurado deberá solicitar la Programación del Servicio e informar previamente a la Compañía adjuntando toda la información médica que sustente la solicitud y hacer uso de los Prestadores en Convenio.

Para evaluar la autorización del servicio, la Compañía deberá contar de manera oportuna con la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago.

En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago, la Compañía estará impedida para autorizar el Pago Directo.

Específicamente para los procedimientos enlistados en los numerales 1.5 y 1.6 de la Cobertura básica, es requisito adicional el uso completo de los Prestadores en Convenio: Hospital, Médicos y proveedores de los insumos necesarios; en caso de no usarlos, no se aprobará el servicio y será tramitado vía Reembolso. El catálogo de Prestadores en Convenio específicos para estos procedimientos puede consultarse en el buscador de servicios de axa.mx o en la línea exclusiva de Salud AXA 800 001 8700.

La Compañía no compromete y se reserva la autorización cuando del análisis de la información médica no pueda determinarse la procedencia de la solicitud; el Asegurado opte por utilizar servicios de personal médico o instalaciones de salud diferentes a los Prestadores en Convenio o, existan circunstancias por las cuales existan dudas razonables sobre la procedencia de la solicitud.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete, farmacia o proveedores de equipo médico con quien decida obtener el servicio, la Compañía no será responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

40. Proveedor en Convenio AXA Keralty

Instituciones, como Hospitales, Clínicas, laboratorios, profesionales Médicos, entre otros, con convenios exclusivos para ofrecer servicios de atención médica primaria. Puedes consultar el catálogo completo en axa.mx o dando [clic aquí](#).

41. Región Anatómica

Subdivisión del cuerpo humano, basada en las características anatómicas y funcionales específicas del ser humano.

Para efectos de este Contrato de Seguro se dividirán de acuerdo con la tabla anexa:

Nombre del Segmento del Cuerpo		Región Anatómica
	Cabeza	- cráneo - cara
	Cuello	- anterior - esternocleidomastoideas - lateral - posterior
	Tronco	- dorsal - pectoral - abdomen - perineal
	Miembros superiores	- deltoidea - brazo - codo - antebrazo - mano (dorsal y palmar)
	Miembros inferiores	- glútea - muslo - rodilla - pierna - pie (dorsal y plantar)

42. Reproducción Asistida

Conjunto de técnicas y procesos que sustituyen el proceso natural de la reproducción y que se aplican dependiendo de la causa y el tipo de infertilidad.

43. Siniestro

Cualquier gasto médico cubierto en esta Póliza por Accidente, Enfermedad o Maternidad ocurrido en el Asegurado durante la Vigencia de esta.

44. Solicitud de Seguro

Documento que establece la voluntad de una persona para adquirir un seguro donde expresa el tipo de protección que solicita y contiene la información necesaria para que la Compañía evalúe el riesgo. Dicho documento forma parte del Contrato de Seguro.

45. Suma Asegurada

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

46. Tabulador

Monto máximo que cubre la Compañía al Asegurado por concepto de honorarios médicos, honorarios del equipo quirúrgico, honorarios de enfermería, honorario de terapeutas, honorario de quiropráctico, honorario de acupunturistas, derivados del Tratamiento, Terapia o procedimientos terapéuticos, por cada Siniestro en este Contrato de Seguro.

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

El Tabulador puede consultarse en la página de axa.mx o dando [clic aquí](#).

47. Terapia Génica

Diversos Tratamientos que modifican o alteran los componentes, productos o funciones del genoma humano y pueden producir los siguientes efectos, de manera enunciativa más no limitativa:

- Adición de genes; terapias en la que se añade un nuevo gen a las células deseadas.
- Corrección genética; técnicas de edición de genes para eliminar elementos defectuosos de un gen o para reemplazar una región de ácido desoxirribonucleico (ADN) defectuosa o disfuncional.
- Silenciamiento génico; técnicas que modifican la traducción de proteínas del ácido ribonucleico mensajero (ARNm) objetivo.
- Edición genómica, introduce herramientas moleculares para cambiar el ADN celular existente.
- Eliminación celular, técnicas o células que destruyen células defectuosas o enfermas.

48. Tratamiento o Terapia

Conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos, físicos) que contribuyen a tratar o restablecer la salud del Asegurado afectada por un Siniestro.

49. Tratamientos en Investigación

Tratamientos o Medicamentos que no han comprobado su seguridad y efectividad para el Tratamiento de una Enfermedad o Accidente, por lo que la Secretaría de Salud u organismos Sanitarios legalmente facultados no han autorizado su uso para esa Enfermedad o Accidente, y no se especifican en las guías clínicas nacionales e internacionales del Tratamiento. También se consideran Tratamientos en Investigación aquellos que se apliquen con modalidades, indicaciones, dosis o vías de administración diferentes a las autorizadas por la COFEPRIS

para la Enfermedad o Accidente para la cual cuentan con autorización.

50. Tratamientos Innovadores

Medicamentos y Dispositivos Médicos cuya fecha de aprobación por la autoridad sanitaria en México (COFEPRIS o la entidad que en su caso la sustituya) para esa Enfermedad, lesión o Accidente, no sea mayor a 5 (cinco) años a la fecha de la erogación del gasto. En caso de contar con Cobertura de Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) o Atención en el Extranjero (ATEX), se considerará la fecha de aprobación por la autoridad sanitaria del país donde ocurra la atención médica.

Adicional se consideran como Tratamientos Innovadores los Medicamentos Huérfanos.

51. Tope de Coaseguro

Monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro, por cada Siniestro.

52. Videoconsulta

Atención que brinda el Médico a distancia a través de un dispositivo electrónico, donde el Asegurado y el Médico pueden comunicarse en tiempo real, mediante imagen y sonido, con la finalidad de evaluarlo clínicamente para establecer un diagnóstico y Tratamiento del Accidente o Enfermedad.

El Médico debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente médico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y del expediente clínico electrónico para territorio nacional y en territorio extranjero de acuerdo con la legislación aplicable.

53. Vigencia

Periodo previsto en la carátula de la Póliza, durante el cual surte plenamente sus efectos el Contrato de Seguro. Este no podrá ser mayor a un año.

54. Beneficio +Care

Programa de acompañamiento para nuestros clientes a lo largo de su proceso de atención médica para garantizar una atención de calidad al mejor precio.

Pueden consultar los alcances de este beneficio llamando al 800 AXA CARE (292 2273) o axacare@axa.com.mx.



III. Definiciones relativas a AXA Assistance

Siempre que se utilice con la primera letra en mayúscula en este apartado, independientemente de su uso en singular o plural, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de Alta en la Póliza.

2. Equipo Médico de AXA Assistance

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

3. Familia Asegurada

Asegurados que estén dados de Alta en la Póliza.

4. Invitado de la Familia Asegurada

Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado Titular y que haya sido invitada por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.

5. Personal Doméstico

Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido contratados por algún miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes a la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia.

6. Representante

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

7. Servicios de Asistencia

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

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. País de Residencia

Para fines de este Contrato de Seguro, república mexicana.

12. Residencia Permanente (Domicilio)

El domicilio habitual en la república mexicana del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la Póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.



IV. Cobertura básica

La Compañía cubrirá los gastos erogados en territorio nacional que sean Medicamente Necesarios por cada Siniestro, hasta el Periodo de Beneficio o Suma Asegurada, lo que ocurra primero, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de la Póliza.

1. Gastos Médicos Mayores cubiertos

1.1 Honorarios Médicos

De acuerdo con lo establecido en el Tabulador señalado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando los profesionales de la salud hayan participado en el Tratamiento o Consulta del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, por:

- a) Honorarios médicos sin intervención quirúrgica. Monto correspondiente, limitado a una Consulta diaria por especialidad.
- b) Honorarios médicos con intervención quirúrgica.

Serán cubiertos de acuerdo con el Tabulador contratado y con base en la siguiente tabla:

	Médico	Porcentaje sobre Tabulador
	Cirujano	100%
	Anestesiólogo	30% *
	Primer ayudante	20% *
	Segundo ayudante	10% *
	Técnico especializado	10% *

*Este porcentaje se calcula sobre la base del honorario del cirujano únicamente si se indica en el Tabulador.

[Consúltalo aquí.](#)

Se pagará el monto correspondiente al procedimiento quirúrgico, este incluye las Consultas del equipo quirúrgico durante los 15 (quince) días posteriores a la realización de la cirugía. Posterior a dicho periodo se pagará una sola Consulta diaria por especialidad.

El Tabulador contratado establece el monto total del procedimiento quirúrgico realizado, sin importar el número de profesionistas o profesionales que participen en la intervención quirúrgica.

Cuando se realice más de una cirugía en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos se pagarán en forma descendente tomando como base la cirugía de mayor costo, conforme a la siguiente tabla:

		Misma Región Anatómica	Diferente Región Anatómica
	Primera Cirugía	100%	100%
	Segunda Cirugía	50%	50%
	Tercera Cirugía	0%	35%

Lo anterior también aplica en caso de Enfermedades Bilaterales.

En el caso de la atención médica como consecuencia de un politraumatismo, se cubrirá el 100% (cien por ciento) de los honorarios de los Médicos por cada uno de los procedimientos realizados en un mismo evento quirúrgico de acuerdo con el Tabulador contratado.

En caso de que la atención médica del Asegurado requiera la intervención de más de un especialista, en un mismo evento quirúrgico, el monto cubierto será del 100% (cien por ciento) según el Tabulador contratado, previa autorización de la Compañía.

Cuando haya necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicara dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, esta se considera una complicación inmediata de la primera cirugía y no se cubrirá monto adicional por concepto de honorarios. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera aplicando el Tabulador contratado.

Cualquier diferencia entre el monto reclamado por honorario médico contra el Tabulador médico contratado, no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado. No se cubrirán los honorarios por personal de enfermería, aun cuando este participe en la intervención quirúrgica.

1.2 Gastos hospitalarios

Gastos dentro del Hospital, Clínica o Sanatorio generados por una Hospitalización:

- a) Habitación privada estándar con baño.
- b) Alimentos suministrados al Asegurado.
- c) Estudios de laboratorio, gabinete, imagen y agentes de diagnóstico indicados y justificados por el Médico tratante y relacionados directamente con el diagnóstico del Siniestro que motive la atención en ese momento.
- d) Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- e) Transfusiones de sangre, plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y que hayan sido utilizados. Se cubrirán las pruebas de compatibilidad de dichos productos.
- f) Medicamentos administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos, sean indicados y justificados por el Médico y que estén relacionados con el Siniestro que genera la atención médica. El proveedor deberá contar con licencia de comercialización en México.
- g) Se cubre únicamente los Gastos de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.
- h) Atención general de enfermería.

Cuando derivado de una intervención quirúrgica por un Siniestro, el Asegurado presente o se detecten gastos relacionados con la atención o Tratamiento de un Accidente o Enfermedad no cubiertos, se penalizará el pago con el 40% (cuarenta por ciento) del total de la factura hospitalaria y el Asegurado deberá pagar los honorarios médicos de dicha atención.

1.3 Cuidados en casa o fuera del Hospital

Gastos derivados de los siguientes cuidados:

- a) Enfermería:** montos correspondientes a honorarios de enfermería, legalmente autorizada para ejercer su profesión, que bajo indicación del Médico tratante, sean necesarios para la administración de Medicamentos que requieren manejo, preparación o administración especializados, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral domiciliaria. Lo antes descrito se pagará por un periodo máximo de 30 (treinta) días continuos o 720 (setecientos veinte) horas en periodos discontinuos y por cada Siniestro, gestionado y autorizado por esta Compañía desde el egreso hospitalario.

Estos periodos se podrán extender hasta por el doble, a juicio de la Compañía, siempre y cuando sea Medicamento Necesario para la continuidad del Tratamiento en el domicilio del Asegurado y sea gestionado y autorizado previamente por esta Compañía.

El monto por este concepto estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador contratado.

- b) Gastos por consumo de oxígeno medicinal:** siempre y cuando cuente con indicación médica y sea Medicamento Necesario, dicha indicación médica no deberá ser mayor a 30 (treinta) días naturales.

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el tanque de oxígeno durante el tiempo que lo requiera, este deberá ser devuelto a la Compañía al finalizar el Tratamiento o la cobertura de esta Póliza.

1.4 Terapias de rehabilitación

Siempre y cuando sean Médicamente Necesarias, se cubrirán exclusivamente las siguientes Terapias por Siniestro y sujeto al Periodo de Beneficio:

	Número de sesiones	Tipo de Terapia
	40	Rehabilitación músculo esquelética, hidroterapia, terapia para deglución y rehabilitación cardíaca.
	90	Terapia psicomotora (únicamente para recién nacido con beneficio AXA).
	180	Neurorrehabilitación.
	365	Neurodesarrollo.
Inhaloterapia o fisioterapia pulmonar será cubierta de acuerdo con la indicación del Médico Tratante.		

Para la cobertura de estos gastos es indispensable que:

- Las Terapias sean indicadas por el Médico tratante, quien canalizará al Asegurado con un Médico especialista en medicina física y de rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Asegurado será determinado por el Médico especialista en medicina física y rehabilitación.
- Para el caso de inhaloterapias el Médico tratante es quien indica y justifica el tipo de Tratamiento y el número de sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se realicen en centros especializados certificados y sean proporcionados por personal que cuente con cédula profesional para ejercer la medicina física y de rehabilitación, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialidad que lo proporcionen, excepto para politraumatismos, que pueden tener 2 (dos) sesiones de rehabilitación física por día por máximo 15 (quince) días.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas Terapias son Médicamente Necesarias.

Para el pago de esta cobertura es necesario presentar a la Compañía la(s) indicaciones médicas que corroboren dicho Tratamiento y las factura(s) desglosadas donde se indique el tipo de Tratamiento y número de sesiones reclamadas correspondientes, teniendo como límite el monto máximo especificado en el Tabulador contratado, dicho monto ya incluye los honorarios médicos de los terapeutas.

1.5 Tratamientos de inmunoterapia, quimioterapia o radioterapia

Se cubren únicamente mediante Programación de Servicios los Tratamientos de inmunoterapia o quimioterapia de acuerdo con las Guías Terapéuticas de la NCCN o bien que no sea considerado como un Tratamiento en Investigación. Lo anterior aplica aún sin haber contratado la cobertura adicional del apartado V. Coberturas adicionales con costo inciso 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

El catálogo de Prestadores en Convenio específicos para estos procedimientos puede consultarse en el buscador de servicios de [axa.mx](#) o en la línea exclusiva de Salud AXA 800 001 8700.

Sujeto a lo anterior, los tratamientos de radioterapia se pueden tramitar adicionalmente por Pago Directo o Reembolso.

1.6 Procedimientos específicos de ortopedia y cardiología

Los procedimientos enlistados a continuación serán aprobados mediante Programación de Servicios haciendo uso de los Prestadores en Convenio específicos. El catálogo de Prestadores puede consultarse en el buscador de servicios de axa.mx o en la línea exclusiva de Salud AXA 800 001 8700. De lo contrario, serán procesados vía Reembolso:

Cardiología

- Ablación intracardiaca por arritmia
- Reemplazos valvulares
- Revascularización coronaria
- Marcapasos definitivos
- Dispositivos de apoyo ventricular
- Dispositivos oclusores
- Valvuloplastia
- Cirugía de padecimientos congénitos cardiológicos

Ortopedia

- Columna
- Rodilla
- Cadera: reintervenciones quirúrgicas, cirugías con prótesis, uso de materiales biológicos e injertos

1.7 Cirugía reconstructiva

Gastos a consecuencia de un Accidente cubierto. En caso de una Enfermedad cubierta, únicamente se cubrirán cuando estén asociados a tumores malignos primarios en donde la resección de otras estructuras sea Médicamente Necesaria y busquen restablecer la función del órgano afectado.

En el caso de cáncer de glándulas mamarias, únicamente se cubrirá la reconstrucción y la prótesis de la mama afectada siempre y cuando se haya cumplido con el Periodo de Espera que se especifica en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera.

1.8 Trasplante de órganos

Gastos que genera el protocolo pre-trasplante aprobado por el Comité de Trasplante de la institución en donde se lleve a cabo el procedimiento; los gastos de Hospitalización y del seguimiento post trasplante del Asegurado receptor y donador vivo definitivo y, los honorarios del equipo Médico quirúrgico conforme al Tabulador contratado.

En caso de donador cadavérico, la Compañía cubrirá el porcentaje del costo de la procuración que le corresponda al receptor de acuerdo con las reglas del CENATRA.

Los trasplantes de órganos deben de estar apegados a la normativa de Salud establecida por el CENATRA.

No se cubren los gastos administrativos, de preservación, transporte, ni manejo del órgano.

1.9 Trasplante de tejidos y células

- a) El trasplante de córnea está cubierto para en caso de Accidente y Enfermedad. Para Enfermedades Congénitas y Enfermedades Genéticas de la córnea aplica:
 - Para el recién nacido con beneficio AXA el trasplante de córnea se encuentra cubierto.
 - Para el recién nacido sin beneficio AXA se cubre siempre y cuando la Enfermedad haya pasado desapercibida al nacimiento, no haya sido aparente a la vista o diagnosticada o tratada previamente a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza.
- b) Se cubre el trasplante de ligamentos y tendones de origen cadavérico, por Accidentes o Enfermedades de rodilla y hombro, siempre y cuando el trasplante sea realizado en Hospitales certificados y por Médicos especialistas con recertificación vigente. Además, dicho dispositivo deberá cumplir con la legislación y regulación sanitaria vigente y, documentar su validación de origen.

Los trasplantes de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el CENATRA.

El monto de honorarios médicos generados por el trasplante de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado.

Los gastos estarán cubiertos solo si se obtiene la autorización de la Compañía mediante la Programación de Servicios.

- c) Se cubrirán los trasplantes de células troncales hematopoyéticas para el Tratamiento de leucemia y linfomas, siempre y cuando estén avalados por la guía normativa de la Secretaría de Salud y la Guía Terapéutica de la NCCN y no se trate de un Tratamiento o intervención definido como Tratamiento en Investigación por lo establecido en esta Póliza y, en su defecto, por la Ley General de Salud.

Los trasplantes de células troncales hematopoyéticas deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS).

Se cubren los gastos generados por el protocolo pre-trasplante de células troncales hematopoyéticas aprobado por el Comité de Trasplantes de células hematopoyéticas de la institución en donde se llevará a cabo el procedimiento, así como los gastos de Hospitalización del Asegurado receptor del trasplante, los honorarios del equipo Médico quirúrgico y los gastos del seguimiento post trasplante del Asegurado receptor.

Solo se cubrirán los gastos del protocolo de estudio pre-trasplante del donador definitivo, dicho protocolo deberá ser aprobado por el Comité de Trasplante de la institución en donde se llevará a cabo el procedimiento de trasplante de las células troncales hematopoyéticas.

No se cubren los gastos administrativos, de preservación, transporte, manejo ni de importación de las células troncales hematopoyética, córneas y tejidos para trasplantar.

Gastos de procuración ni de importación de córneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.

1.10 Dispositivos Médicos

Gastos originados por la renta o compra de Dispositivo Médico que se requiera a consecuencia de un Siniestro, siempre y cuando sea Medicamento Necesario.

- a) Equipo Médico

i. Equipo médico dentro del Hospital:

Gastos por el equipo médico necesario para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia hospitalaria, cuando estos sean indicados por el Médico tratante.

- El monitoreo neurofisiológico se cubre únicamente para los siguientes procedimientos:

- Cirugía de columna cervical.
- Cirugía de nervios craneales: facial, hipogloso, trigémino, glossofaríngeo y espinal.
- Cirugía de cáncer de tiroides con resección total.
- Cirugías de columna lumbar, con reintervención por procedimiento fallido del mismo segmento afectado.

Siempre y cuando los Médicos y Hospitales en que se lleve a cabo cuenten con la certificación de neurofisiología.

La Suma Asegurada por el uso del monitoreo neurofisiológico es de \$120,000 (ciento veinte mil pesos 00/100 moneda nacional) por cada ocasión que sea necesario.

- Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados del uso de la Tecnología de Oxigenación de Membrana Extracorpórea (ECMO), siempre y cuando:
 - Tenga autorización previa de la Compañía.
 - Cuento con segunda opinión médica que confirme su procedencia.
 - El Hospital y Médico tratante cuenten con certificación vigente emitida por la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) y demás instituciones aceptadas como autoridades en la materia, para el uso, manejo y colocación del equipo.
 - No forme parte de un Tratamiento en Investigación.

ii. Equipo médico fuera del hospital:

Se cubre la renta o compra del equipo médico para la recuperación en casa del Asegurado o para continuar el Tratamiento establecido por el Médico tratante a nivel domiciliario. Lo anterior será cubierto, siempre y cuando sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, tomando en cuenta que:

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si este falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen y verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si el equipo se encontrara dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el equipo médico durante el tiempo de acuerdo con lo mencionado en la Cláusula 3. Periodo de Beneficio, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

En caso de sillas de ruedas, camas eléctricas y grúas, el Asegurado tendrá un monto máximo de \$150,000.00 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 moneda nacional) por equipo.

Para equipo médico siempre aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento) sin Tope de Coaseguro.

b) Prótesis, órtesis y ayudas funcionales

Gastos originados por la renta o compra de prótesis, órtesis y ayudas funcionales que se requieran a consecuencia de un Siniestro, siempre y cuando tenga aprobación previa de la Compañía, excepto en caso de Emergencia Médica.

- Se consideran ayudas funcionales los siguientes dispositivos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, implante coclear, solo para recién nacidos con beneficio AXA y bombas de infusión de insulina.
- Están amparados los gastos generados por reemplazo, recambio, reposición, ajuste o revisión de prótesis y de las ayudas funcionales precisadas en esta cobertura, lo anterior siempre y cuando se cumpla lo siguiente:
 - Que la primera colocación de prótesis o ayuda funcional haya sido cubierta por esta Compañía.
 - Cuando hayan transcurrido mínimo 5 (cinco) años de haberse colocado o expire la vida útil de la prótesis, la ayuda funcional o su fuente de energía. Se entiende por vida útil la especificada por el fabricante.

En caso de no cumplir con los 2 (dos) puntos anteriores la Compañía solo cubrirá los Gastos de Hospitalización y honorarios médicos.

El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del dispositivo médicamente indicado, así como del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso. Si el dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá de notificarlo inmediatamente a la Compañía.

Si el dispositivo otorgado falla antes de que finalice la vida útil estipulada en la garantía del proveedor y el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso, el proveedor estará obligado a reponer el equipo y la Compañía a cubrir los gastos generados por la recolocación. Si el Asegurado no cumplió con las instrucciones de uso, deberá de cubrir el costo de la reposición y los gastos derivados de la recolocación la cubre la Compañía.

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el dispositivo de acuerdo con lo mencionado en el apartado IX. Cláusulas Generales: 3. Periodo de Beneficio, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el uso de este.

En caso de que el costo de la prótesis, órtesis o ayudas funcionales supere \$1,500,000.00 (un millón quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional) se aplicará un Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento) al monto que exceda la cantidad anterior. **Para este gasto no aplica Tope de Coaseguro.**

No se cubren los gastos generados por los reemplazos, recambio, reposiciones, ajustes o revisiones de órtesis.

c) Agentes de diagnóstico

Gastos generados por la compra de agentes de diagnóstico utilizados por el Médico tratante o el especialista correspondiente durante la atención médica del Asegurado.

No se cubrirán honorarios adicionales del personal que realiza estudios de diagnóstico, puesto que dichos honorarios se incluyen en el costo del estudio.

d) Materiales quirúrgicos y de curación

i. Dentro del Hospital

Se cubrirán solo aquellos que se utilizan en la práctica quirúrgica o en el Tratamiento de heridas y lesiones de la piel o sus anexos que cuenten con registro sanitario ante la COFEPRIS y tengan licencia de comercialización en México.

ii. Fuera del Hospital

Se cubren los materiales quirúrgicos y de curación que sean utilizados por el Médico tratante, que cuenten con registro sanitario ante la COFEPRIS y tengan licencia de comercialización en México.

1.11 Tratamiento dental por Accidente

Se cubren los gastos por Tratamientos dentales o maxilofaciales necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales o la lesión producida por el Accidente cuando estos sean indispensables para continuar con la función básica. La cobertura incluye colocación de prótesis dentales e insumos de uso odontológico, siempre que el Tratamiento y el primer gasto o atención médica se lleve a cabo dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a dicho Accidente.

Este Contrato de Seguro no ampara ningún tipo de gasto derivado de Enfermedades dentales, sin importar su origen.

1.12 Práctica amateur de deportes

Gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes de forma ocasional y no profesional, donde no recibe remuneración a cambio de dicha práctica, incluyéndose los organizados por colegios, federaciones, ligas y clubes.

1.13 Ambulancia

Gasto por servicio de ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional que sea Médicamente Necesario, a consecuencia de un Siniestro.

Se excluye cuando:

- a) El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b) El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legales y hasta que tal circunstancia se solucione.**
- c) El Asegurado no esté autorizado por un Médico o paramédico para el traslado hacia el destino elegido. La ambulancia aérea solo se cubrirá vía Pago por Reembolso.**

1.14 Apoyo psicológico

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

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

No se cubren los Medicamentos, aun cuando se tenga contratada la cobertura de 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

Los honorarios médicos se cubrirán de acuerdo con el Tabulador contratado. El Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren el Tratamiento.

1.15 Medicina alternativa

Se cubren únicamente los gastos por Tratamientos de acupuntura, homeopáticos y quiroprácticos para control del dolor crónico derivado de un Siniestro.

Los profesionales que brinden estos Tratamientos deberán contar con cédula profesional. Los honorarios médicos se cubrirán de acuerdo con el Tabulador contratado.

1.16 Cirugía por robot

Se cubre la cirugía mínimamente invasiva asistida por un robot (o cirugía avanzada), exclusivamente para los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Prostatectomía.
- Histerectomía por cáncer de endometrio.
- Histerectomía por cáncer de ovario.
- Histerectomía por cáncer cervicouterino.
- Nefrectomía total o parcial por cáncer renal.
- Recto-sigmoidectomía por cáncer de colon-recto.

Para la cobertura de los gastos erogados es requisito que el Asegurado se cerciore que la cirugía es realizada por Médicos especialistas con recertificación vigente de la especialidad correspondiente; certificados en el uso del robot; con evidencia de entrenamiento en cirugía robótica y, además, haber superado un mínimo de 20 (veinte) cirugías utilizando el robot.

Cualquier otro procedimiento quirúrgico distinto a los señalados en esta cobertura, realizado con asistencia de un robot, no estará cubierto.

En caso de que el Médico que realice alguno de los procedimientos señalados en esta cláusula no cuente con los requisitos anteriores, la Compañía no pagará los gastos médicos relacionados a dicha cirugía.

1.17 Medicina hiperbárica

Bajo supervisión médica se cubre cámara hiperbárica exclusivamente para las siguientes Enfermedades: embolismo gaseoso, por descompresión aguda, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, osteomielitis crónica refractaria a Tratamiento convencional, quemaduras de segundo y tercer grado y radionecrosis de tejidos blandos.

1.18 Enfermedad Congénita y Genética

Gastos derivados de Enfermedades Congénitas o Genéticas de los Asegurados Nacidos Fuera de la Póliza, siempre y cuando: hayan pasado desapercibidas; no sean aparentes a la vista; no hayan sido diagnosticadas, ni realizado Tratamiento previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza y, no hayan generado algún gasto:

- Enfermedad Congénita Metabólica.
- Enfermedad Congénita con alteraciones estructurales para Asegurados a partir de los 10 (diez) años de edad.
- Enfermedades Genéticas a partir de 5 (cinco) años de edad.

1.19 Tratamientos Innovadores

Se cubrirán los gastos por Tratamientos Innovadores a consecuencia de un Siniestro procedente, previa autorización de la Compañía y a través de Programación de Servicios.

Suma Asegurada y Deducible: Aplicará el límite de Suma Asegurada y Deducible de la Cobertura básica.

Coaseguro: Hasta los primeros \$2,500,000 (dos millones quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional) aplicará el Coaseguro y Tope de Coaseguro contratado en la Cobertura básica. Para el excedente se aplicará un 30% (treinta por ciento) de Coaseguro sin Tope de Coaseguro, exclusivamente por los Medicamentos y Dispositivos Médicos Innovadores. Al afiliarse al Beneficio +Care, en cualquiera de sus especialidades, y seguir las instrucciones de la Compañía, se sustituirá el Coaseguro del 30% sobre el excedente dejándolo en 20% (veinte por ciento), sin Tope de Coaseguro.

1.20 Maternidad

Las siguientes coberturas aplicarán siempre y cuando la Madre Asegurada cumpla con el Periodo de Espera correspondiente:

a) Ayuda por maternidad

Indemnizar la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada, al momento del evento de maternidad, cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera.

La Compañía podrá adelantar la indemnización a la Madre Asegurada a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, sujeto a que entregue a la Compañía la interpretación del ultrasonido y que cumpla el Periodo de Espera en la presente Póliza al momento de solicitar este beneficio.

b) Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen única y exclusivamente de las siguientes complicaciones, siempre y cuando la Asegurada al momento del evento cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera.

- Embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
- Placenta accreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.
- Óbito, muerte fetal o huevo muerto retenido.
- Diabetes gestacional.
- Procedimiento de cerclaje.
- Púrpura trombocitopénica.

c) Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

El recién nacido podrá ser dado de alta en la Póliza de la Madre Asegurada exento del proceso de selección médica, quedando Asegurado desde su fecha de nacimiento.

En este caso se cubren desde el nacimiento, los gastos por los Tratamientos por inmadurez o prematuridad, Enfermedades Genéticas, Enfermedades Congénitas incluyendo implante coclear, trasplante de córnea, estrabismo y circuncisión, únicamente por fimosis, así como Accidentes o Enfermedades. Siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada cumpla con lo indicado en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera y cumpla con lo señalado en el apartado IX. Cláusulas generales: 12. Altas.

Si la Madre Asegurada no cumple con lo anterior, deberá de solicitar la inclusión del recién nacido de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones generales, debiendo entregar la Solicitud de Seguro requisitada y firmada, la cual se someterá al proceso de selección y no aplicará el beneficio de esta cobertura.

Exclusiones particulares

- a) Gastos derivados de Maternidad Subrogada, Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad, natalidad o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.
- b) Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad, esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, salvo lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
- c) Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.

d) Enfermedades Congénitas, Genéticas, Enfermedades o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres incluyendo cuando sean sujetos de un Tratamiento de Reproducción Asistida, infertilidad o esterilidad.

e) Enfermedades Congénitas, Genéticas, Enfermedades o complicaciones de Recién Nacido prematuro, cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de Reproducción Asistida, infertilidad o esterilidad.

1.21 VIH y SIDA

Se cubren los gastos por el VIH y SIDA, siempre y cuando el Asegurado sea diagnosticado positivo como resultado de los estudios serológicos posterior a satisfacer el Periodo de Espera.

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

Para el caso de un recién nacido con beneficio AXA, se cubrirá el VIH o SIDA siempre y cuando a la Madre Asegurada se le haya cubierto dicha Enfermedad.

1.22 Cirugía bariátrica

Se cubren los gastos, una vez satisfecho el Periodo de Espera indicado en esta Póliza. **Se cubren por única ocasión en la vida del Asegurado y exclusivamente para los siguientes procedimientos:**

- Gastrectomía en manga (manga gástrica).
- Colocación de banda gástrica ajustable.
- Bypass (puente) gástrico.
- Switch duodenal.

Para ser elegible, el Asegurado debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser la primera cirugía bariátrica en la vida del Asegurado.
- Tener menos de 50 (cincuenta) años.
- Tener un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35 (treinta y cinco).
- Ser diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones médicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteraciones osteomusculares o minusvalía grave a causa del exceso de peso.

Además, la Compañía cubrirá durante 1 (un) año la medicación post operatoria, que incluye calcio, vitamina D, ácido fólico, vitamina B12 y hierro.

a) Este beneficio únicamente se pagará mediante programación de cirugía.

b) No se cubren Consultas pre y post operatorias, ni sus complicaciones.

c) Para esta cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad de ningún tipo.

2. Beneficios Incluidos en la Cobertura básica

2.1 Beneficio de Atención Médica

El objeto de este beneficio es indemnizar al Asegurado las siguientes Consultas o pruebas médicas. Podrán utilizar a nuestro proveedor exclusivo AXA Keralty solo agendando una cita llamando al **(55) 5169 3080**.

- Uno de los siguientes estudios al año:
 - Papanicolaou (edad recomendada a partir de los 18 años).
 - Antígeno prostático (edad recomendada a partir de los 40 años).
- Una Consulta o Videoconsulta al año con un Médico General, Ginecólogo o Pediatra.
- Una Consulta o Videoconsulta al año con un Nutriólogo (sin referencia médica).

Cuando el Asegurado realice el estudio por medio de otros proveedores el pago por realizar será vía reembolso por el monto que se muestra en el Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica, al final de las presentes Condiciones generales. A diferencia de la cobertura de Honorarios Médicos que contempla la Cobertura básica, para este beneficio no es necesario contar con un diagnóstico ni rebasar el Deducible contratado. No aplica Deducible ni Coaseguro.

2.2 Beneficio +Care

El Asegurado obtendrá 5 puntos porcentuales de descuento en el Coaseguro en el total de los gastos programados, cuando sea diagnosticado y requiera Tratamientos para padecimientos oncológicos (cáncer) y ortopédicos (columna, cadera o rodilla). Este último incluye cirugías iniciales, reintervenciones quirúrgicas, reemplazos articulares, uso de materiales biológicos, instrumental quirúrgico especializado e injerto. El descuento en el Coaseguro no aplica para Tratamientos Innovadores.

Además, tendrá acceso al programa de acompañamiento y asesoría personalizados de +Care para recibir sin costo adicional y de forma personalizada: Home care; envío de Medicamentos a domicilio y apoyo en trámites para la Programación de Servicios médicos especializados utilizando los recursos de Prestadores en Convenio dentro de este programa.

En caso de oncología, adicionalmente recibirá: asesorías para un plan nutricional y soporte psicológico para el Asegurado y sus familiares.

En Tratamientos Innovadores este beneficio concederá al Asegurado una reducción en el porcentaje del Coaseguro sobre el excedente de \$2,500,000 (dos millones quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional), conforme al apartado 1.19 Tratamientos Innovadores de este Contrato de Seguro.

Conforme a los lineamientos del apartado 1.3 Aplicación de Coaseguro de este Contrato de Seguro, con el Beneficio +Care el Asegurado quedará exento de cualquier penalización por cambio de zona de tarificación o Gama Hospitalaria mayor a la contratada.

Para acceder a este descuento y conocer los Proveedores en Convenio del programa, el Asegurado deberá afiliarse al Beneficio +Care llamando al **800 AXA CARE (292 2273)** o axacare@axa.com.mx y seguir los protocolos de este programa y las instrucciones de la Compañía al 100%, de lo contrario perderá los beneficios.

3. Periodo de Espera

Gastos resultantes de los eventos médicos, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de la Póliza.

No aplica dicho Periodo de Espera para Accidentes y Emergencias Médicas.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Alta en esta Póliza de acuerdo con lo siguiente:

Periodo de espera	Padecimientos
 10 (diez) meses	• Ayuda por maternidad. • Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio. • Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
 12 (doce) meses	• Esclerosis múltiple¹.
 18 (dieciocho) meses ²	• Enfermedades de columna vertebral, excepto hernias de disco. • Litiasis renal y urinaria y Enfermedades en vías urinarias. • Cualquier Enfermedad de la vesícula y vías biliares. • Enfermedades ginecológicas, incluyendo glándula mamaria. • Enfermedades del piso pélvico. • Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva. • Enfermedades de rodilla. • Enfermedades ácido-pépticas. • Reflujo gastroesofágico.
 24 (veinticuatro) meses	• Septum o Desviación septal y senos paranasales. • Enfermedades anorrectales. • Amígdalas y adenoides. • Hernias incluyendo hernias de disco. • Circuncisión para Asegurados Nacidos Fuera de la Póliza, se cubre únicamente por fimosis. • Cirugía para corrección de cataratas (incluyendo lente intraocular). • Enfermedades de próstata.
 48 (cuarenta y ocho) meses	• VIH y SIDA. • Cirugía Bariátrica.

Para el caso de un recién nacido con beneficio AXA no aplica este Periodo de Espera de 18 y 24 meses cumplidos.

¹ Sin Periodo de Espera para Asegurados con Fecha de Alta previa al 1 de enero de 2026.

² 12 (doce) meses para Asegurados con Fecha de Alta previa al 1 de mayo de 2024.

3.1 Reducción o eliminación de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga la Compañía al Asegurado únicamente para eliminar o reducir los Periodos de Espera a los que se encuentran sujetas determinadas coberturas de esta Póliza; en ningún caso implica la retroactividad de la Vigencia del Contrato de Seguro, así como tampoco resulta útil para dar cobertura a Enfermedades Preexistentes.

Este beneficio en ningún caso implica que la Compañía se obligue al reembolso de gastos médicos u hospitalarios derivados de Enfermedades, Accidentes o Siniestros que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa Póliza de seguro.

Si esta Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá el beneficio.

Este beneficio aplica de acuerdo con lo siguiente:

a) Antigüedad en AXA Individual

Considerado con base en el tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual en esta Compañía.

Este beneficio no aplica para la cobertura de Cirugía Bariátrica, Maternidad Extendida (MATE), Cobertura de Preexistencia (PRE) y la Cobertura adicional con costo numeral 11. Cliente Distinguido (DIST) inciso e) Cirugía por Miopía.

b) Antigüedad Reconocida

Considerado con base en el tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros.

Este beneficio no aplica para Ayuda por Maternidad, recién nacido con Beneficio AXA, Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio, Cirugía Bariátrica, Maternidad Extendida (MATE), Cobertura de Preexistencia (PRE), VIH o SIDA y en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 11. Cliente Distinguido (DIST): 11.5 Cirugía por Miopía.



V. Coberturas adicionales con costo

La Compañía pone a disposición del Asegurado las siguientes coberturas opcionales, con las cuales el Asegurado puede mejorar su protección. La contratación de dichas coberturas se muestra en la carátula de la Póliza.

Las siguientes coberturas adicionales son contratadas a petición del Contratante o Asegurado Titular y son efectivas a partir de la Fecha de Alta de estas. En cada una serán aplicados los sublímites y exclusiones particulares correspondientes.

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)

Se cubrirán los costos de los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio únicamente en territorio nacional y mediante el Pago por Reembolso.

Para acceder a la cobertura se deberá de cumplir con los siguientes requisitos: el producto a cubrir debe de cumplir con la definición de Medicamentos y ser Medicamento Necesario, de acuerdo con estas Condiciones generales.

La receta médica correspondiente deberá tener la indicación médica de uso, frecuencia, duración y dosificación de acuerdo con lo establecido por los reglamentos de insumos para la salud de la Ley General de Salud.

Las recetas deberán cumplir con lo establecido en el artículo 28 del Reglamentos de insumos para la salud, de la Ley General de Salud.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: la contratada y estipulada en la carátula de la Póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro: aplican los mismos que en la Cobertura básica.

Interacción con otras Coberturas: en caso de tener contratada la Cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta Cobertura.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

2. Maternidad Extendida (MATE)

Al contratar esta cobertura el Asegurado sustituye la Suma Asegurada de Ayuda por Maternidad de la Cobertura básica, de acuerdo con lo señalado en la carátula de la Póliza. Este beneficio aplica para todos los eventos a los que se refiere la Cobertura básica.

En adición a lo previsto en la Cobertura básica, si se solicita un incremento en la Suma Asegurada de esta cobertura, correrá un nuevo Periodo de Espera a partir de la fecha del incremento de Suma Asegurada. En caso de no cumplir con el nuevo Periodo de Espera se pagará la Suma Asegurada de Maternidad que se encontraba vigente 10 (diez) meses antes del parto o cesárea que motiva la indemnización.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 45 (cuarenta y cinco) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Exclusiones Particulares

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

3. Preexistencia (PRE)

Una vez que el Asegurado haya cumplido 2 (dos) años continuos con esta cobertura, la Compañía pagará los gastos derivados de las Enfermedades Preexistentes que hayan sido declaradas en la Solicitud de Seguro, siempre y cuando en dicho periodo:

- a) No haya recibido Tratamiento;
- b) No haya erogado gastos para la atención de esta y,
- c) No se haya excluido expresamente con un Endoso en la Póliza.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: \$1,275,000 (un millón doscientos setenta y cinco mil pesos 00/100 moneda nacional).

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro: aplican los mismos que en la Cobertura básica.

Interacción con Coberturas: en caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Quedan excluidas las Enfermedades Preexistentes estipuladas en los Endosos de exclusión de esta Póliza o aquellas por las cuales se hayan erogado gastos o recibido Tratamiento durante el periodo de 2 años posteriores a la contratación de esta cobertura.

4. Deducible Cero por Accidente (DED0)

La Compañía modifica el Deducible contratado en la Cobertura básica a quedar en cero pesos (0\$) en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$2,000 (dos mil pesos 00/100 moneda nacional).

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Territorialidad: este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

En caso de cancelar esta cobertura y presentar pago de complementos del Accidente, se cobrará el Deducible vigente a la fecha de la erogación del gasto.

Exclusiones Particulares

Accidentes que causen lesiones de rodilla, columna vertebral o nariz, excepto cuando exista una Fractura.

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

La Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos médicos erogados a partir de cualquier Emergencia Médica por las complicaciones de los Tratamientos de los siguientes conceptos:

- a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia.
- c) Procedimientos terapéuticos o Tratamientos para control de fertilidad, esterilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual que se presenten antes de la fecundación.
- d) Procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales que no sean a consecuencia de un Accidente cubierto.

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

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: \$1,275,000 (un millón doscientos setenta y cinco mil pesos 00/100 moneda nacional).

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro: aplican los mismos que en la Cobertura básica.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Exclusiones Particulares

En caso de no existir o cesar una Emergencia Médica prevalecerán las condiciones de la Cobertura básica, misma que excluye los conceptos citados en esta cobertura.

6. Cobertura Nacional (CoNa)

El Asegurado podrá recibir atención médica en cualquier parte del territorio nacional aplicando las condiciones y límites contratados en la Póliza, se eliminará el aumento de Coaseguro establecido en el apartado VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado:

1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: la contratada y estipulada en la carátula de la Póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro: aplican los mismos que en la Cobertura básica.

Interacción con otras Coberturas: en caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Exclusiones Particulares

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

7. Conversión Garantizada (CGAR)

A elección del Asegurado, esta cobertura se puede contratar en alguna de las siguientes modalidades:

1. Póliza de exceso.

La Compañía reconocerá al Asegurado la continuidad de gastos médicos por Enfermedades y Accidentes que hayan sido cubiertos en la póliza colectiva y, además, diagnosticados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, de acuerdo con las condiciones contratadas en esta Póliza.

El Asegurado debe estar amparado en una póliza de gastos médicos mayores colectivo, donde la compañía aseguradora y el producto se encuentren registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La suma asegurada del seguro colectivo no podrá ser inferior a \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional).

La Compañía cubrirá los gastos médicos una vez que: i) el Asegurado dé de baja esta cobertura por dejar de estar asegurado en la colectividad o, ii) haya rebasado el Deducible de Conversión Garantizada, incluso sin dejar de pertenecer a la colectividad. Los gastos médicos o Deducibles cubiertos o pagados antes de la contratación de Conversión Garantizada no serán considerados para cubrir el Deducible de esta cobertura.

2. Viaje al extranjero por trabajo o estudios.

El Asegurado que haya contratado esta Póliza y opte por mantener en pausa su protección, conservando la Fecha de Alta y la Fecha de Antigüedad en AXA Individual.

Esta Póliza no será afectada por Siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre la contratación de esta cobertura y la fecha de reactivación de su protección.

Para reactivar la protección de la Póliza, el Asegurado deberá pedir a la Compañía la baja de esta cobertura.

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

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

- El Asegurado podrá solicitar la baja de esta cobertura y activar la protección de la Póliza, sin pasar por el proceso de selección médica.
- Al dar de baja esta cobertura, la Compañía sustituye el Deducible de Conversión Garantizada y aplicará el Deducible básico contratado.
- La Compañía respetará al Asegurado la Fecha de Alta y Fecha de Antigüedad en AXA Individual para la reducción o eliminación de los Periodos de Espera, incluyendo las coberturas de Ayuda por Maternidad, SIDA o VIH y Cirugía Bariátrica. Si al momento de contratación de esta cobertura el Asegurado cuenta con las coberturas de Preexistencias y Maternidad Extendida, también se reconocerá la antigüedad para reducir Periodos de Espera.

Para la baja de esta cobertura, el Asegurado deberá dar aviso escrito a la Compañía, dentro de los 90 días naturales siguientes a,

i) **Que la póliza colectiva,** la otra compañía o el producto incumplan con los requisitos solicitados.

ii) **Perdida del carácter de asegurado en la colectividad.** Comprobar la pérdida mediante las constancias oficiales que demuestren la separación definitiva de la colectividad, tales como:

- a. Finiquito, liquidación, renuncia, convenio, o
- b. Baja del régimen de seguridad social obligatorio (IMSS, ISSSTE, ISSFAM), o
- c. Aviso de baja recibido por la compañía aseguradora de la póliza colectiva o endoso de baja emitido por la misma.

En caso de que el contratante de la póliza colectiva elimine la prestación del seguro colectivo, documento oficial por parte del contratante ratificando la baja de dicha póliza para toda la colectividad.

Tratándose de asegurados adicionales o dependientes económicos del asegurado titular en la póliza colectiva, deberán solicitar la baja de esta cobertura a partir de la fecha en que se extinga su cobertura en la póliza colectiva, cualquiera que sea la causa y acreditar a la Compañía la baja o separación de esa póliza.

iii) Comprobar el regreso al territorio nacional.

La omisión de la baja oportuna de esta cobertura por parte del Asegurado, libera a la Compañía de toda obligación. Posterior a este plazo no habrá obligación de la Compañía.

Luego de la baja de esta cobertura, el pago de Siniestros complementarios e iniciales estará sujeto a los términos y limitantes establecidos en la carátula de esta Póliza y las presentes Condiciones generales, incluyendo: Suma Asegurada, Periodo de Pago de Siniestro; en el caso de Deducible y Coaseguro aplicará lo establecido en el apartado VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado, Cláusula 1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros y demás condiciones aplicables.

Exclusiones particulares

- a) **En ningún caso y en ninguna circunstancia esta cobertura será aplicable para el pago de gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado derivados de forma directa o indirecta de Accidentes o Enfermedades, ocurridos, diagnosticados o respecto de los cuales se haya generado un gasto con anterioridad a la contratación del seguro, salvo lo especificado en las coberturas adicionales con costo Preexistencia (PRE) y Continuidad Garantizada (CONT).**
- b) **El pago de los gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado en afectación de su póliza colectiva contratada con esta u otra aseguradora no obliga a la Compañía al pago de los gastos médicos u hospitalarios excedentes del Deducible de Conversión Garantizada en afectación de esta cobertura, pues su pago o Reembolso está sujeto a los términos y condiciones de las presentes Condiciones generales.**
- c) **La contratación de esta cobertura deja sin efecto la cobertura de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida (MATE), Deducible Cero por Accidente (DED0), Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM), Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y Atención en el Extranjero (ATEX).**

8. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)

Quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Emergencia Médica por algún Siniestro, mientras se encuentre en viaje, fuera de la república mexicana.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la república mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

Adicionalmente, se consideran Emergencias Médicas:

- Fracturas o esguinces de 3. ° grado.
- Hipotensión.
- Envenenamiento no intencional.
- Alteración neurológica.
- Quemaduras de 2. ° (segundo) grado y 3. ° (tercer) grado.
- Temperatura corporal mayor a 38° (treinta y ocho grados) en menores de 12 (doce) años.

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

La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo con el tipo de cambio vigente en el lugar y fecha en que deba hacerse el pago de los gastos cubiertos.

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, Consultas y servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.

- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones. Los suministros:
- Deben de estar relacionados con el Tratamiento de un Siniestro.
 - La indicación para la cual fue aprobado el uso del suministro debe estar especificada por la FDA de los Estados Unidos de América <https://www.fda.gov/fda-en-espanol>.
 - Deben estar aprobados por la ley del país donde se reciba la atención médica.
- d) Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
- e) Servicio de ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea Médicamente Necesario.
- f) Prótesis y aparatos ortopédicos necesarios para el Tratamiento, a excepción de reemplazos.

Esta cobertura es aplicable únicamente bajo la modalidad de Pago por Reembolso.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: 100,000 USD (cien mil dólares americanos).

Deducible: 100 USD (cien dólares americanos).

Coaseguro: no aplica Coaseguro.

La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cobertura son independientes y no son acumulables respecto a otras coberturas de estas Condiciones generales. El Deducible es Único.

Pago de honorarios: con base en el Tabulador UCR (usual, customary, and reasonable).

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Esta cobertura bajo ningún motivo puede ser contratada por personas que tengan domicilio o residencia permanente o temporal en territorio extranjero, es decir, fuera de la república mexicana.

Exclusiones particulares:

- a) Las Complicaciones del Embarazo y del(los) recién nacido(s).
- b) Parto y cesárea posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.
- c) Cualquier tipo de rehabilitación o servicio de enfermería fuera del Hospital.
- d) Medicamentos fuera del Hospital inclusive si tiene contratada la cobertura adicional con costo 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

9. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)

El Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura (Territorialidad) a territorio extranjero (fuera de la república mexicana) por los gastos para la atención médica en el extranjero a consecuencia de las Enfermedades descritas más adelante, cuyo diagnóstico y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional y que cumplan con el Periodo de Espera establecido en las presentes Condiciones generales.

9.1 Cáncer

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento de Cáncer en etapa 3 y 4 de acuerdo con la clasificación de las guías NCCN corroborados con los estudios correspondientes.

Exclusiones particulares

Cualquier tipo de cáncer que no se establezca en el párrafo anterior.

9.2 Enfermedades cerebrovasculares y cerebrales

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

Exclusiones particulares

Tumores en presencia de VIH, SIDA, ataque isquémico transitorio, así como las Enfermedades distintas de las citadas en el párrafo inmediato anterior.

9.3 Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía

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

Exclusiones particulares

Procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis.

9.4 Trasplantes de órganos

Quedan cubiertos únicamente los gastos por el procedimiento quirúrgico para los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea. Se cubren los gastos del donante por trasplante de órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos en los que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba. En caso de donadores cadavéricos se cubrirán únicamente los gastos del receptor.

Exclusiones particulares.

Gastos postquirúrgicos.

9.5 Infarto del miocardio

9.6 Enfermedades renales

9.7 Enfermedades de columna

Para acceder al beneficio amparado por esta cobertura, el Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al menos 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital, el informe médico, la historia clínica y el resultado de estudios practicados; para la autorización por parte de la Compañía.

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

Esta cobertura no se pagará vía Pago por Reembolso.

9.8 Segunda opinión médica en Estados Unidos

Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de Consulta médica especializada para Asegurados que padecen las Enfermedades mencionadas en esta cobertura, a través de los Prestadores en Convenio consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con dicha Enfermedad.

Para acceder al beneficio, el Asegurado deberá cumplir con:

- Que se trate de afecciones mayores enlistadas en los numerales 9.1 a 9.7 anteriores, amparadas en la presente cobertura y que no requieran manejo de Emergencia o, que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.

Presentar debidamente requisitado y firmado a la Compañía el formato para solicitar este servicio con objeto de:

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

Debiendo adjuntar:

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

En caso de que el Médico que realice la segunda opinión médica solicite estudios adicionales, los gastos derivados de dichos estudios serán cubiertos mediante los procedimientos tradicionales establecidos para Servicio de Pago Directo o Pago por Reembolso.

La respuesta de la segunda opinión médica se entregará al Asegurado en el formato original que el Médico interconsultante emitió.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: la contratada y estipulada en la carátula de la Póliza, para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.

Deducible: aplica el de la Cobertura básica.

Coaseguro:

- **Pago Directo y Programación de Servicios:** aplica el de la Cobertura básica.
- **Reembolso:** aplica el de la Cobertura básica más 30 (treinta) puntos porcentuales, sin Tope de Coaseguro.

El Asegurado deberá solicitar el Pago Directo o Programación de Servicios al menos 10 (diez) días naturales previos a la atención médica.

Pago de honorarios: con base en el Tabulador UCR (*usual, customary, and reasonable*).

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la república mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

Al contratar esta cobertura se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.

Exclusiones particulares:

Medicamentos fuera del Hospital, inclusive si tiene contratada la cobertura adicional con costo 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

10. Atención en el Extranjero (ATEX)

El Asegurado tendrá derecho a ampliar su zona de cobertura a territorio extranjero (fuera de la república mexicana) aplicando las condiciones y límites contratados y establecidos para esta Póliza.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: la contratada y estipulada en la carátula de la Póliza.

Deducible: aplica el de la Cobertura básica.

Coaseguro:

- **Pago Directo y Programación de Servicios:** aplica el de la Cobertura básica.
- **Reembolso:** aplica el de la Cobertura básica más 30 (treinta) puntos porcentuales, sin Tope de Coaseguro.

El Asegurado deberá solicitar el Pago Directo o Programación de Servicios al menos 10 (diez) días naturales previos a la atención médica.

Pago de honorarios: con base en el Tabulador UCR (*usual, customary, and reasonable*).

Edad: para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. No existe un límite de edad para la Renovación.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la república mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

En ningún caso la Compañía pagará gastos médicos u hospitalarios de los Asegurados cuando estos residan fuera del territorio nacional.

Al contratar esta cobertura se incluyen las coberturas de Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE).

Exclusiones particulares:

- a) Mediante la contratación de esta cobertura quedan sin efecto en territorio Extranjero las coberturas: Cobertura Nacional (CoNa) y Cliente Distinguido (DIST).
- b) Medicamentos fuera del Hospital, inclusive si tiene contratada la cobertura adicional con costo 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

11. Cliente Distinguido (DIST)

La Compañía otorga los siguientes beneficios:

11.1 Ascenso al siguiente nivel de la habitación estándar en territorio nacional

Siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Siniestro. **Este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.**

Este beneficio cubrirá lo que resulte menor entre:

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

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

Exclusiones particulares:

Las coberturas de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida (MATE), Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE), Atención en el Extranjero (ATEX).

11.2 Paquete de Admisión

La Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como: los primeros artículos de uso personal que se le entregan al Asegurado al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada a consecuencia de un Siniestro.

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

11.3 \$500 (quinientos pesos 00/100 moneda nacional)

Por día de indemnización para alimentos del acompañante, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante la Hospitalización del Asegurado, derivado de un Siniestro.

Dicho beneficio solo se cubrirá vía Pago por Reembolso y no aplica para Consultas médicas, estudios o servicios ambulatorios.

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

11.4 \$100 (cien pesos 00/100 moneda nacional)

Por día de indemnización para gastos de estacionamiento, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante la Hospitalización del Asegurado, derivado de un Siniestro.

Dicho beneficio solo se cubrirá vía Pago por Reembolso y no aplica para Consultas médicas, estudios o servicios ambulatorios.

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

11.5 Cirugía por Miopía

Se cubren, a partir de un Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses contado a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, los gastos derivados de la cirugía por miopía en cualquiera de sus Tratamientos (incluyendo lente intraocular) o cirugía bilateral.

Se deberá tener al menos 5 (cinco) dioptrías en al menos un ojo y derivado de miopía.

Para esta cobertura aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto y de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada: \$30,000.00 (treinta mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado para uno o ambos ojos y será única para toda la vida del Asegurado.

Deducible y Coaseguro: los establecidos en la carátula de la Póliza.

Edad: aplica para Asegurados a partir de los 21 (veintiuno) años de edad.

Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones derivadas de los procedimientos quirúrgicos para miopía:

- **Ojo Seco:** se cubrirá el Tratamiento de gotas sólo por los primeros 2 (dos) años posteriores a la cirugía. En este caso no aplicará la reinstalación del Deducible Anual.
- **Opacidad Corneal a consecuencia de un procedimiento cicatrizal anómalo:** se cubre el trasplante de córnea con una Suma Asegurada de \$200,000 (doscientos mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado y será única para toda la vida del Asegurado. Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de la Póliza.

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

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

11.6 Queratocono

Se cubren los gastos por queratocono en Asegurados mayores a 18 (dieciocho) años, sólo en fases III o IV, siempre y cuando la Enfermedad se haya diagnosticado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses.

Únicamente estarán cubiertos los Tratamientos con anillos intracorneales o queratoplastia (trasplante corneal).

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

Para esta cobertura, se considerará la Fecha de Antigüedad Reconocida e Individual para Reducción de Periodos de Espera.

12. Planmed

Mediante la contratación de esta cobertura, la Compañía otorgará al Asegurado una indemnización anual por concepto de *Check Up*, y cubrirá los gastos derivados de la atención médica que reciba cuando utilice los servicios de los Proveedores en Convenio AXA Keralty, conforme a las condiciones de esta cobertura que se describen a continuación. Tratándose de una cobertura adicional con costo, complementa los beneficios incluidos en la Cobertura básica de la Póliza de Gastos Médicos Mayores del Asegurado.

De acuerdo con el plan contratado el Asegurado tendrá acceso a los siguientes beneficios:

12.1 Intermedio

a) *Check Up*

El objeto de este beneficio es indemnizar al Asegurado los gastos erogados para la detección temprana de alteraciones de salud a través de un *Check Up*, siempre y cuando se acredite la erogación de gastos por una cantidad igual o superior al monto a indemnizar de acuerdo con el límite de responsabilidad para esta cobertura, mediante las facturas expedidas por el laboratorio o prestador de servicios en el que se realice el *Check Up*.

Para Asegurados mayores de 18 años aplica indemnización por toma de estudios y Consulta de valoración médica.

Para Asegurados menores a 18 años aplica indemnización únicamente por concepto de Consulta de valoración médica con Médico pediatra.

Límite de Responsabilidad

El límite de responsabilidad para este beneficio será de 1 (un) evento *Check Up* por año Vigencia de hasta el monto especificado en el Anexo 4: Tabla de Indemnización para el beneficio de *Check Up* de la Cobertura de Planmed, al final de las Condiciones Generales. El pago de este beneficio se otorgará de acuerdo con lo establecido en el en el apartado VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado: 1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros y en el apartado IX. Cláusulas generales: 26. Siniestros.

En caso de realizarse el *Check Up* con los Proveedores en Convenio AXA Keralty operará el Pago directo.

b) Consultas de Atención Primaria

Mediante este beneficio quedan cubiertos los honorarios médicos por concepto de primeras atenciones médicas para el Asegurado ante cualquier síntoma o signo de alguna probable Enfermedad mediante Consultas de medicina general, pediatría

y ginecología de forma ilimitada siempre y cuando el Asegurado cuente con un diagnóstico definitivo y programe sus Consultas de seguimiento con el Proveedor en Convenio AXA Keralty a través del teléfono (55) 5169 3080.

En este caso el Médico podrá dirigir al Asegurado, en caso de que el diagnóstico así lo requiera, a los siguientes servicios médicos: Estudios de Laboratorio, Terapias Físicas y referir a alguna Consulta de Especialidad.

c) Atención no programada

Mediante este beneficio queda cubierta la atención médica prioritaria ante un Imprevisto Médico no programado que el Asegurado solicita directamente al Proveedor en Convenio AXA Keralty, a consecuencia, de manera enunciativa mas no limitativa, de los mencionados a continuación:

- Un dolor fuerte de cabeza, garganta u oídos y mareo.
- Dificultad respiratoria, heridas o quemaduras leves.
- Ardor o sangrado en la orina.
- Dolor fuerte de estómago, vómito, diarrea o fiebre.
- Alergias.
- Dermatológicas.
- Esguinces o Fracturas no expuestas, dolor fuerte muscular.

Quedan cubiertas las Terapias de oxigenoterapia o inhaloterapia con los Proveedores en Convenio AXA Keralty, orientadas al cuidado y manejo de las Enfermedades del sistema respiratorio que así lo requiera.

d) Consultas de Especialidad

Mediante este beneficio quedan cubiertos los honorarios médicos por concepto de Consulta con Médico de atención de especialidad, previa referencia de un Médico de atención primaria (Proveedor en Convenio AXA Keralty) que sea necesario por el estado de salud y diagnóstico definitivo presentado por el Asegurado.

Las Consultas de especialidades cubiertas por este beneficio anualmente serán:

Especialidad		Número de Consultas
	Medicina Interna	Ilimitadas
	Traumatología y Ortopedia	Ilimitadas
	Otorrinolaringología	Ilimitadas
	Urología	Ilimitadas
	Cirugía General	Ilimitadas
	Psiquiatría	Ilimitadas
	Psicología	12

En Consulta de Atención de Especialidad el Médico podrá dirigir al Asegurado, en caso de que el diagnóstico así lo requiera, a los siguientes servicios médicos: estudios de laboratorio, Terapias físicas, y/o referir a otra Consulta de Atención de Especialidad o Primaria. El costo de dichos servicios estará cubierto bajo este plan, siempre y cuando se encuentren disponibles y se realicen

con los Proveedores en Convenio AXA Keralty. Aquellos servicios prescritos por el Médico que no se encuentren disponibles con los Proveedores en Convenio AXA Keralty, se cubrirán conforme a las Condiciones generales de la Cobertura básica de la Póliza.

El Asegurado podrá consultar los estudios de laboratorio disponibles con los Proveedores en Convenio AXA Keralty en axa.mx o dando [clik aquí](#).

Exclusiones particulares

Los procedimientos médicos que se realicen dentro del consultorio del Proveedor en Convenio AXA Keralty adicionales a la Consulta y lo mencionado en el párrafo anterior, quedarán excluidos de esta cobertura.

e) Estudios de Laboratorio

Mediante este beneficio se cubren los estudios de laboratorio clínico y gabinete que se encuentren disponibles con los Proveedores en Convenio AXA Keralty, que sean necesarios para diagnosticar, tratar y dar seguimiento al estado de salud del Asegurado, cuando sean indicados por un Médico perteneciente a los Proveedores en Convenio AXA Keralty.

El Asegurado podrá consultar los estudios de laboratorio disponibles con los Proveedores en Convenio AXA Keralty en axa.mx o dando [clik aquí](#).

f) Terapias físicas

Mediante este beneficio quedan cubiertas las Terapias físicas a cargo de los terapeutas que forman parte de los Proveedores en Convenio AXA Keralty, orientadas a la recuperación, mejora o curación de trastornos físicos relacionados con el sistema neuro-osteo-muscular que así lo requieran, siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:

- Sean indicados por un Médico perteneciente a los Proveedores en Convenio AXA Keralty en una Consulta amparada por los beneficios de esta cobertura.
- Tengan relación con el diagnóstico o Tratamiento de que se trate.

Este beneficio estará limitado a 10 sesiones para cada Accidente o Enfermedad. En caso de requerir más sesiones, el Asegurado deberá regresar con su Médico tratante para otra indicación y estará sujeta a la autorización de la Compañía.

Para esta cobertura adicional Planmed Intermedio aplican los límites y condiciones vigentes al momento de la erogación del gasto considerando lo siguiente:

Suma Asegurada: la Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura básica estipulada en la carátula de Póliza, salvo que se indique lo contrario.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro: no aplica.

Edad: la edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

g) Reducción de Coaseguro por Hospitalización

Mediante este beneficio el Asegurado tendrá una reducción de 10 puntos porcentuales de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, siempre y cuando, dicha Hospitalización haya sido indicada por un Proveedor en Convenio AXA Keralty y se realice en los Hospitales de convenio para este beneficio, disponibles para su consulta en axa.mx o dando [clik aquí](#).

Exclusiones particulares

- **Gastos por servicios prestados fuera del territorio nacional.**
- **Gastos por servicios fuera de la Vigencia de esta cobertura.**
- **Gastos por servicios otorgados que no sean referenciados por los Proveedores en Convenio AXA Keralty, conforme a las condiciones de esta cobertura adicional, excepto para el beneficio de *Check Up*.**
- **Gastos médicos por Emergencias Médicas conforme a la definición contenida en el apartado II. Definiciones de la Cobertura básica de Flex Plus.**
- **Gastos por servicios de Terapias de oxigenoterapia o inhaloterapia, excepto aquellos derivados de un Imprevisto Médico indicados por un Proveedor en Convenio AXA Keralty en una Atención no programada.**

12.2 Plan Integral

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado obtiene los beneficios de la cobertura Planmed Plan Intermedio, con excepción del inciso g. Reducción de Coaseguro por Hospitalización, ya que se modifica conforme a lo siguiente:

- **Gastos Hospitalarios**

Cuando la Hospitalización haya sido indicada y se realice en los Hospitales referenciados por los Proveedores en Convenio AXA Keralty, el Coaseguro que aplicará será el contratado para la Cobertura básica; en caso contrario, se aplicará un 60% de Coaseguro sobre la factura hospitalaria y dicho Coaseguro no se considerará para la aplicación del Tope de Coaseguro.

- **Honorarios Médicos**

Se aplicará el Coaseguro contratado, siempre y cuando, la atención médica haya sido prestada o referenciada por los Proveedores en Convenio AXA Keralty; en caso contrario, se aplicará un 60% de Coaseguro a los montos establecidos en el Tabulador contratado y dicho Coaseguro no se considerará para la aplicación del Tope de Coaseguro.

a) Emergencias Médicas

En caso de Emergencia Médica, según se define en las Condiciones generales de la Cobertura básica o, bien, cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes afecciones, se aplicará el Coaseguro y Tope de Coaseguro contratado para la Cobertura básica:

- Paro respiratorio, asfixia, ahogamiento u obstrucción de las vías aéreas respiratorias.
- Heridas profundas en el tórax que provoca dificultad para respirar, meter o sacar aire de los pulmones.
- Heridas en la cara, el maxilar, la mandíbula o el cuello que compliquen la adecuada respiración.
- Lesiones que penetren la cabeza, el tórax o el abdomen provocadas por arma blanca o arma de fuego.
- Hemorragias o sangrados severas o pérdidas de sangre incontrolables.
- Quemaduras en más de la mitad del cuerpo o que se expone músculo o hueso.
- Combinación de los siguientes síntomas: intenso dolor y/ardor en estómago o riñones, con fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos frecuentes (5 episodios en menos de 1 hora) y/o abundantes.
- Diarreas acuosas y/o explosivas de gran frecuencia y volumen (5 evacuaciones en menos de 2 horas), acompañadas de palpitaciones intensas, palidez, sensación de mareo y/o desmayo.
- Abundante sangre en las evacuaciones o en la orina, vómitos o tos con sangre.
- Trauma craneoencefálico severo con múltiples lesiones y pérdida de la conciencia.
- Crisis convulsivas en menores de 10 años o incontrolables en adultos.
- Alergia con dificultad para respirar o tragar saliva.

b) Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

En caso de ser necesaria la Hospitalización del recién nacido se aplicará el Coaseguro y Tope de Coaseguro contratado en la Póliza para la Cobertura básica, en lugar del 60%, sujeto a:

- Que la Madre Asegurada haya asistido a por lo menos 2 Consultas de seguimiento del embarazo con los Proveedores en Convenio AXA Keralty.
- Que la Hospitalización del recién nacido sea en los Hospitales referenciados por los Proveedores en Convenio AXA Keralty.

De no cumplirse las condiciones mencionadas se aplicará un 60% de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, sin sujeción al Tope de Coaseguro.

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 23 de marzo de 2023, con el BADI-S0048-0011-2023.



VI. Servicios de Asistencia AXA Assistance

1. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza

Tu médico 24 horas

1.1 Asistencia Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos de AXA Assistance le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación al uso de Medicamentos o Molestias que le aquejen. Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para Programar el envío de una Ambulancia terrestre.

1.2 Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano, si el Equipo Médico de AXA Assistance considera necesaria su Hospitalización y realizará el traslado utilizando los medios más adecuados.

También se cubrirán los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando estos sean recomendados por el Equipo Médico de AXA Assistance.

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

1.3 Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

El Asegurado pagará en cada visita directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la república mexicana, en caso de no existir proveedores disponibles, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

1.4 Asistencia nutricional telefónica

AXA Assistance otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado 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.

1.5 Asistencia psicológica telefónica

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

2. Servicios de asistencia adicionales con costo

2.1 Servicios de Asistencia en Viajes (SAV)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de este servicio adicional, los Servicios de Asistencia que se citan a continuación serán proporcionados por AXA Assistance, empresa especializada en programas de asistencia.

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

2.2 Beneficios

a) Traslado médico a un centro médico

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

- i. El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- ii. Si fuera necesario por razones médicas:

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

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

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

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

Además, AXA Assistance gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de 1,000.00 USD. (mil dólares) por día, durante 10 (diez) días naturales.

c) Boleto redondo para un familiar

En caso de Hospitalización del Beneficiario y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, AXA Assistance pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto de ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

d) Boleto para profesional reemplazante

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

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

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso de este, AXA Assistance gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de \$25,000.00 (veinticinco mil pesos 00/100 moneda nacional) en total, por concepto de honorarios de abogado, fianzas o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso de robo o extravío de equipaje o efectos personales del Beneficiario, AXA Assistance le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización. Si los objetos fuesen recuperados, AXA Assistance 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., AXA Assistance proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

j) Asistencia médica en el extranjero hasta por 10,000 (diez mil) USD

Gastos Médicos y de Hospitalización.

AXA Assistance proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios en caso de que el Asegurado requiera Hospitalización en el Extranjero, hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 (cinco mil) dólares por Viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 (diez mil) 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 indicados o justificados antes de comenzar el Viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

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

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

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

AXA Assistance gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Accidente o Enfermedad ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso de este, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA Assistance. Este beneficio está limitado a \$100 (cien dólares) USD, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

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

AXA Assistance organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Beneficiario, por avión de línea comercial (clase económica), en caso de fallecimiento de un familiar en primer grado, en la ciudad de Residencia Permanente, siempre que no pueda utilizar su boleto original para el regreso.

n) Repatriación Sanitaria

En caso de que el Beneficiario se encuentre 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 AXA Assistance su repatriación hacia

un centro médico en su lugar de residencia habitual, AXA Assistance en coordinación con el Médico tratante determinarán la conveniencia y gestionarán el traslado.

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

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

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

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

3. Obligaciones del Beneficiario

a) Solicitud de Asistencia

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

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

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

b) Traslado Médico Terrestre

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

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

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

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

c) Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

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

En caso de peligro de la vida

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

Uso de ambulancia terrestre sin previa notificación a AXA Assistance.

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

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

4. Normas generales

4.1 Mitigación

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

4.2 Prescripción de las reclamaciones

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

4.3 Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

4.4 Subrogación

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

5. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes

5.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la indicación de algún Médico.

5.2 La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.

5.3 El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA Assistance.

5.4 Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.

5.5 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance, salvo lo previsto en Imposibilidad de notificación a AXA Assistance.

5.6 Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.

5.7 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:

a) La participación directa del Beneficiario en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad.

b) Enfermedad o Accidente imputable a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunamis, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos o granizo.

c) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.

d) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

e) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.

f) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas o pruebas de seguridad, velocidad o resistencia.

- g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
- h) La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o las buenas costumbres.**
- i) Traslado por razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios de cesárea.**
- j) Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.**
- k) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
- l) Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.**
- m) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin indicación médica.**
- n) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- o) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- p) La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**
- q) Lesiones o Enfermedades menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia conforme la prescripción del Médico tratante.**
- r) Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
- s) Si los horarios de los aeropuertos o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.**
- t) No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.**
- u) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**
- v) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una Ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.**



VII. Exclusiones (gastos no cubiertos)

Estas exclusiones generales aplican para todas las coberturas y en adición a las particulares que en cada caso se señalen. El presente Contrato de Seguro no cubre gastos que se originen por los conceptos señalados a continuación:

1. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado IV. Cobertura básica y, en su caso, las coberturas opcionales que se hayan contratado.
2. Enfermedades Preexistentes, excepto lo estipulado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo:
3. Preexistencia (PRE) en caso de haberla contratado.
3. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedades Congénitas de los Asegurados Nacidos Fuera de la Póliza, excepto lo específicamente mencionado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.18 Enfermedad Congénita y Genética.
4. Aborto sin importar cual sea su causa, así como sus complicaciones.
5. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cual sea su causa, así como sus complicaciones.
6. 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 el apartado IV. Cobertura básica: 1.8 Trasplante de órganos.
7. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
8. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, uso de drogas no legales y/o sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
9. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro refrigerante para el Tratamiento de alopecia secundaria a quimioterapia, implantes de glúteos, bombas y prótesis para disfunción eréctil, salvo lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
10. Tratamientos dietéticos, médicos y quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
11. Tratamientos médicos, quirúrgicos y dietéticos para la corrección, manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica para Tratamiento de diabetes, salvo lo especificado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.22. Cirugía bariátrica y lo especificado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).
12. Cualquier tipo de estudio y Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
13. Cualquier gasto derivado por cualquier Accidente o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
14. Gastos derivados de Maternidad Subrogada, sea la madre biológica o mujer gestante, incluyendo todos los gastos del recién nacido.
15. Gastos derivados de Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad, la natalidad, Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.

16. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia o la disfunción sexual, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.
17. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto y anillos intracorneales, excepto lo mencionado en el apartado IV. Cobertura básica: 3. Periodo de Espera y en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 11. Cliente Distinguido (DIST).
18. Gastos médicos derivados de:
- a) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
 - b) Trastornos de enajenación mental.
 - c) Trastornos de la conducta.
 - d) Tratamientos para trastorno depresivo.
 - e) Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.
- La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos antes mencionados ni sus complicaciones aun cuando estas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.
19. Gastos médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogadas en la última versión del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, bajo ningún caso. Quedan excluidas las siguientes Terapias, cualesquiera que sean su origen, aun cuando se encuentren justificadas médicamente:
- a) Rehabilitación psicomotora, excepto lo mencionado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.4. Terapias de rehabilitación.
 - b) Rehabilitación neuro feed-back/ neuro-retroalimentación.
 - c) Terapias de neuroestimulación.
 - d) Estimulación temprana.
 - e) Rehabilitación cognitiva.
 - f) Aprendizaje.
 - g) Ocupacionales.
 - h) Recreativas.
 - i) Vocacionales.
 - j) Neurolingüísticas.
 - k) Lenguaje.
20. Estrabismo para recién nacido sin beneficio AXA.
21. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad, aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades cuyos gastos estén cubiertos.
22. Tratamientos basados en Medicina Alternativa; con beneficio incierto; con fines preventivos y, realizados por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones generales, excepto lo mencionado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.15. Medicina Alternativa.
23. Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos de magnetoterapia.

24. Cualquier gasto relacionado con Tratamientos de Cámara hiperbárica aun cuando sea prescrita por un Médico, salvo lo estipulado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.17 Medicina hiperbárica.
25. Gastos generados por Tratamientos en Investigación.
26. Tratamientos de Terapia Génica ni cualquier Tratamiento que modifique de alguna manera el genoma humano.
27. No se consideran Accidentes a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado ni tampoco a los Tratamientos en donde la primera atención médica o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
28. Enfermedades, lesiones y Tratamientos resultantes del intento de suicidio, mutilación voluntaria o lesiones auto infligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
29. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas de resistencia o velocidad, práctica de deportes con vehículo con motor en cualquiera de sus modalidades.
30. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica profesional de cualquier deporte.
31. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares; así como en vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor.
32. Lesiones originadas por participar en actividades militares como actos de guerra, riña, rebelión, insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
33. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar a los padres, hijos y cónyuge.
34. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madre para ser trasplantadas.
35. Gastos de criopreservación de cordón umbilical.
36. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
37. Paquetes de Admisión salvo lo especificado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 11. Cliente Distinguido (DIST).
38. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra y lo especificado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 11. Cliente Distinguido (DIST).
39. Atención de recién nacido sano (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
40. Lentes intraoculares excepto en cirugía para corrección de cataratas y lo establecido en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 11. Cliente Distinguido (DIST).
41. Las siguientes fórmulas, preparaciones y productos aún por indicación médica:
 - a) Fórmulas lácteas.
 - b) Suplementos y complementos alimenticios.
 - c) Medicamentos Vitamínicos y productos multivitamínicos.

- d) Dermocosméticos.
 - e) Medicamentos fuera del Hospital, salvo lo estipulado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).
 - f) Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - g) Medicamentos biológicos e insumos utilizados en Terapia celular.
 - h) Medicamentos que no tengan relación con el Siniestro.
 - i) Fórmulas naturistas.
42. Reposición de aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas funcionales excepto cuando la Cobertura básica especifique lo contrario, así como aquellos aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas funcionales que sean preexistentes a la contratación de una Póliza Individual de la Compañía, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
 43. Aparatos auditivos y auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición, con excepción de lo mencionado en el apartado IV. Cobertura básica: 1.20. Maternidad: c) Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
 44. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos aun cuando sean indicados o justificados por un Médico.
 45. Terapias de relajación, masajes terapéuticos o indicaciones de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como *Check Up*.
 46. 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, cuidadoras y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, excepto lo mencionado en el apartado IV: 1.3. Cuidados en casa inciso a) Enfermería.
 47. Cualquier gasto médico derivado de cualquier tipo de Medicamento que sea aplicado al Asegurado para tratar Enfermedades o síntomas diversos a los que se mencionan en las indicaciones terapéuticas del Medicamento de que se trate.
 48. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico o quirúrgico del Siniestro. Así como aquellos que sean proporcionados solamente como una conveniencia para el Asegurado, su familia o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite) y los que tengan un costo mayor que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan al menos las mismas probabilidades de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes para diagnosticar o tratar la Enfermedad, lesión o condición del Asegurado.
 49. Gastos erogados fuera de la república mexicana a excepción de lo especificado en el apartado V. Coberturas adicionales con costo: 8. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), 9. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y 10. Atención en el Extranjero (ATEX).
 50. Gastos generados por la compra de Medicamentos fuera del Hospital en el extranjero, aun cuando se contraten las siguientes coberturas adicionales con costo: 8. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), 9. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y 10. Atención en el Extranjero (ATEX), estipuladas en el apartado V. Coberturas adicionales con costo.
 51. Prendas de vestir con propiedades terapéuticas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas y camisetas.
 52. Enfermedades que en un expediente médico se determine su existencia, donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico

de la Enfermedad o que hayan sido diagnosticadas en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza. Este plazo no será aplicable en caso de Reconocimiento de Antigüedad.

53. Insumos, Tratamientos y productos higiénicos odontológicos con causa distinta a un Accidente.

54. Gastos derivados de Tratamientos, Medicamentos, Dispositivos Médicos o insumos aplicados dentro o fuera del Hospital que carezcan de registro sanitario y cuya comercialización no esté autorizada en territorio nacional por la COFEPRIS. Para el caso de cáncer no se cubrirán todos aquellos Medicamentos que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la NCCN. En caso de provenir del extranjero quedan excluidos aquellos que no tengan registro sanitario en México, ni permiso de importación emitido por la COFEPRIS. Lo anterior aun y cuando sean indicados por el Médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación.



VIII. Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado

1. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

Siempre y cuando los gastos médicos cubiertos en cada Siniestro rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera. Siempre se considerarán las condiciones de cobertura contratadas en la fecha de la erogación del gasto:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro. En caso de Órganos Bilaterales, se aplicará un solo Deducible si al momento del diagnóstico inicial se confirma la afectación bilateral o la necesidad de Tratamiento de ambos lados. Se aplicará un Deducible por cada lado si el diagnóstico inicial y el Tratamiento se establecen en diferentes momentos.
- A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se aplicará primero el Deducible contratado. Después sobre la cantidad resultante se aplicará lo correspondiente por concepto de Coaseguro contratado, de acuerdo con el porcentaje y hasta el Tope de Coaseguro establecidos en la carátula de la Póliza.
- La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- En caso de que el Asegurado cuente con gastos cubiertos por el mismo Siniestro por otras Pólizas de Seguro de esta u otra institución, estos serán tomados para cubrir el monto de Deducible en esta Póliza, debiendo presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la cobertura de dichos gastos. En caso de Deducible Anual, este reconocimiento solo será aplicable para el Siniestro inicial.

Siniestros iniciales

Los gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de la Póliza al momento del inicio de la obligación por parte de la Compañía. La obligación por parte de la Compañía inicia cuando el total de gastos procedentes rebasa el monto de Deducible contratado en ese momento.

Pagos Complementarios

Los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de la Póliza al momento de la erogación del gasto. Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos médicos y hospitalarios hayan sido erogados dentro del territorio nacional y considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima o bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

1.1 Aplicación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada iniciará desde la fecha del gasto más antiguo procedente ingresado a la Compañía para cada Siniestro y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de Póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

En caso de solicitar una nueva Suma Asegurada y esta haya sido aceptada por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, se aplicará la nueva Suma Asegurada estipulada en la Póliza en la Vigencia que corresponde al momento de la erogación del nuevo gasto, descontando la suma del monto erogado desde que se abrió el Siniestro en esta Compañía.

1.2 Aplicación de Deducible

Siniestro Inicial

El monto de Deducible es el estipulado en la Póliza en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto para cada Enfermedad o Accidente:

a) Único:

Una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización o ajuste a menos que exista Cambio de Plan o Cambio de Producto.

b) Anual:

Aplicará para cada año Siniestro a partir de la fecha en que se tenga el primer gasto.

Pago de complementos

Único y Anual:

Si el Asegurado incrementa el Deducible, la Compañía reconocerá y tomará a cuenta del nuevo valor, el monto previamente pagado y el Asegurado solo cubrirá la diferencia. Si el monto previamente pagado fuera mayor, no se reembolsará la diferencia por este concepto.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR) aplica lo especificado en dicha cobertura, siendo el Deducible de Conversión Garantizada el que deberá aplicarse, dejando sin efecto el Deducible de la cobertura básica, a menos que se cancele esa cobertura.

Anual:

Una vez superado el Deducible, estarán amparados los gastos procedentes del mismo Siniestro durante el siguiente año. Al finalizar este periodo, el Deducible se reinstalará para los gastos complementarios del mismo Siniestro por un nuevo periodo anual. Para ser cubiertos, estos gastos deberán rebasar el Deducible reinstalado.

Si el Asegurado incrementa el Deducible, la Compañía reconocerá y tomará a cuenta del nuevo valor, el monto previamente pagado y el Asegurado solo cubrirá la diferencia. Si el monto previamente pagado fuera mayor, no se reembolsará la diferencia por este concepto.

Si al hacer un Cambio de Plan o de Producto el Asegurado pasa de Deducible Único a Deducible Anual, deberá cubrir el nuevo Deducible por los pagos complementarios de Siniestros anteriores.

1.3 Aplicación de Coaseguro

Siniestro Inicial

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes en cada Siniestro hasta el Tope de Coaseguro, después de haber aplicado el Deducible contratado. Dicho porcentaje, así como el Tope de Coaseguro, están indicados en la carátula de la Póliza. El Tope de Coaseguro que aplicará será el vigente en el momento en el que el Asegurado cubra hasta el valor del Coaseguro, por cada Siniestro, hasta llegar al Tope de Coaseguro.

Pago de complementos

Aplica Coaseguro hasta que el monto por este concepto alcance el Tope de Coaseguro vigente en ese momento, incluyendo la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR).

En caso de solicitar un cambio de Coaseguro y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, las aportaciones hechas por Asegurado serán consideradas a cuenta del nuevo Coaseguro hasta alcanzar el Tope de Coaseguro vigente en ese momento. En caso de que el Coaseguro aplicado en la Póliza anterior haya sido mayor, no se reembolsará la diferencia.

Para la cobertura de Continuidad Garantizada (CONT) el Coaseguro deberá ser cubierto en su totalidad hasta el Tope de Coaseguro, sin considerar a cuenta ningún monto pagado con anterioridad por este concepto.

El porcentaje de Coaseguro podrá modificarse si el Asegurado acude a un Hospital, Clínica o Sanatorio de Gama Hospitalaria diferente a la contratada de acuerdo con lo siguiente:

- Menor Gama Hospitalaria: se reducirán puntos porcentuales de Coaseguro sobre los gastos de la factura hospitalaria, de acuerdo con la tabla siguiente. El beneficio máximo para el Asegurado es hasta alcanzar 0% de Coaseguro.
- Mayor Gama Hospitalaria: se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la tabla siguiente.

c) Hospitales, Clínicas o Sanatorios que no formen parte de los Prestadores en Convenio, serán considerados Gama Hospitalaria Diamante Elite y no aplicará Tope de Coaseguro.

Gama Hospitalaria contratada	Gama Hospitalaria de la atención			
	Diamante Elite	Diamante	Esmeralda	Zafiro
Diamante Elite	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Diamante	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado sin aplicar Tope de Coaseguro	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Esmeralda	Aumento de 60 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado sin aplicar Tope de Coaseguro	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Zafiro	Aumento de 80 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado sin aplicar Tope de Coaseguro	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado sin aplicar Tope de Coaseguro	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

Si el Asegurado se atiende en Hospitales de la Gama Hospitalaria Diamante Elite sin tener contratada esta Gama Hospitalaria el Siniestro será gestionado vía Pago por Reembolso.

Si el Asegurado se hospitaliza en una zona de tarificación distinta a la zona indicada en la carátula de la Póliza, aplicará disminución o aumento de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la siguiente tabla. El aumento no aplica en caso de Emergencias Médicas.

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

En caso de que el Asegurado reciba atención médica en una Gama Hospitalaria y zona diferente diferentes a las contratadas, aplicará la suma de las tablas previas y la Compañía garantiza su participación con el 10% sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria.

En caso de disminución, el máximo descuento a favor del Asegurado es para alcanzar el 0% de Coaseguro.

Cuando la Compañía haya autorizado la Programación de Servicios para los casos previstos en los numerales 1.5 y 1.6 de la Cobertura básica para ser ejecutados en una zona de tarificación distinta o Gama Hospitalaria mayor a la contratada, mediante la afiliación del Asegurado al Beneficio + Care, siempre que se sigan los protocolos de este programa y las instrucciones de la Compañía al 100%, estará exento de cualquier penalización indicada en las tablas previas.

El Tope de Coaseguro podrá modificarse de acuerdo con lo siguiente:

- 1. Si se aplica el Coaseguro contratado o hay una disminución de este, el Tope de Coaseguro que aplicará será el indicado en la columna “Contratado” de la siguiente tabla.
- 2. Si se aplica un Coaseguro mayor al contratado, el Tope de Coaseguro que aplicará será el indicado en la columna “Superior” para todos los gastos del Siniestro de acuerdo con la siguiente tabla, aunque el Asegurado regrese a su Gama Hospitalaria o zona contratados:

Tope de Coaseguro		
Coaseguro contratado	Atención en Gama Hospitalaria o Zona de atención	
	Contratado	Superior
10%	\$58,000	\$170,000
15%	\$85,500	\$201,500
20%	\$106,500	\$223,000
30%	\$122,000	\$265,000

1.4 Aplicación de Periodo de Pago de Siniestros

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

Se entiende como fecha del primer gasto procedente al gasto más antiguo ingresado a la Compañía en que el Asegurado incurre para la atención de un Siniestro.

En el caso de solicitar un nuevo periodo y ser aceptado por la Compañía, se aplicará a los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, descontando el tiempo transcurrido desde la apertura del Siniestro.

1.5 Pago Directo y Programación de Servicios

El Asegurado podrá acceder a los beneficios de Pago Directo y Programación de Servicios a través de los cuales la Compañía podrá realizar directamente el pago total o parcial a los prestadores de servicios como se describe en las Definiciones.



IX. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato.

Fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuentan con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro de acuerdo con lo siguiente:

- a) Accidente. Los Asegurados inscritos en la Póliza quedarán cubiertos a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza.
- b) Enfermedad. Si se trata de una Enfermedad cubierta, salvo mención contraria, esta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza; este lapso no aplica cuando se trata de Renovaciones o Emergencias Médicas o se cuente con Reconocimiento de Antigüedad.
- c) La Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza aplicará para cada Siniestro presente en este Contrato de Seguro, por Asegurado y hasta el Periodo de Pago de Siniestro contratado, y no será reinstalable en ningún caso. Además, en aquellas situaciones o Siniestros específicos en los cuales estas Condiciones generales establezcan un monto o cantidad determinado, dicho monto representa la responsabilidad máxima de la Compañía para esa situación particular.

2. Gama Hospitalaria

El Contratante o Asegurado Titular disfruta de la libertad de elección al seleccionar la Gama Hospitalaria al momento de la contratación, permitiéndole acceder a una red preferente de Hospitales asociados. Esta selección se realiza con los beneficios derivados de los convenios establecidos entre la Compañía y el Hospital, Clínica o Sanatorio.

La Gama Hospitalaria contratada se encuentra en la carátula de la Póliza. El Asegurado puede conocer los Hospitales, Clínicas o Sanatorios de cada Gama en el buscador de servicios de [axa.mx](#) o dando [clic aquí](#). La Compañía puede realizar cambios o modificaciones en la Gama Hospitalaria, Clínica o Sanatorio en cualquier momento y sin previo aviso. Dicho listado no limita, ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que este elija o seleccione libremente, el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.

3. Periodo de Beneficio

La Compañía pagará los gastos por cada Siniestro, incurridos durante la Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del Plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, 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 alcanzado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza o el sublímite que en su caso sea aplicable por tipo de gasto.

- b) El agotamiento del Periodo de Pago de Siniestro contratado.
- c) El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza sin renovación o bien por terminación anticipada a decisión a solicitud del Asegurado, hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de Vigencia.
- d) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Siniestro que haya afectado al Asegurado.
- e) Si el Asegurado renueva esta Póliza para un periodo inmediato siguiente o realiza un cambio de plan en el mismo producto el Periodo de Beneficio será el previamente señalado.

4. Primas

Es el costo que el Asegurado paga a la Compañía a cambio de los servicios contratados en la Póliza. Puede pagarse en una sola exhibición o de manera fraccionada y se muestra en 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, residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia o Fecha de Alta del Asegurado.

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

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la carátula de la Póliza.

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.

5. Periodo de Gracia

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

Si no hubiese sido pagado la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término señalado, 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 pagada, 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.

6. Rehabilitación de la Póliza

Cuando este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, sujeto a:

1. El Contratante deberá solicitar por escrito la rehabilitación dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 5. Primas.
2. La solicitud de rehabilitación no obliga a la Compañía a aceptarla. Será evaluada como oferta de un nuevo seguro. La Compañía podrá solicitar pruebas de asegurabilidad y, en su caso, comunicará los términos de la rehabilitación.

La Compañía puede rehabilitar la Póliza respetando la Vigencia originalmente pactada, Fechas de Alta, Antigüedad, Antigüedad en AXA Individual o, pagar Siniestros en complemento de los ocurridos antes de la cancelación. Los términos de la rehabilitación, en caso de ser aceptada la solicitud, constarán en el Endoso que emita la Compañía. El Asegurado deberá pagar la prima, donde el costo de rehabilitación es la prima por el periodo al descubierto.

En ningún caso, la Compañía cubrirá Siniestros ocurridos durante el periodo al descubierto, así como sus complicaciones detectadas durante este periodo.

7. Periodo al Descubierto

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

8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

8.1 Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

8.2 Notificaciones

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

9. Cancelación del Contrato

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

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

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

Dicha solicitud de cancelación deberá ser presentada en la oficina de la Compañía más cercana a su domicilio, para consultar la oficina más cercana podrá comunicarse al 800 900 1292.

Al momento solicitar la cancelación, previa identificación del Contratante, la Compañía entregará el número de folio correspondiente y dentro de los 20 (veinte) días naturales a partir de la solicitud, hará la devolución de la prima no devengada a través de transferencia electrónica u orden de pago.

10. Extinción de Obligaciones

El Contratante y la Compañía ratifican que esta Póliza está regida por el principio de la buena fe.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho, sin necesidad de intervención judicial, cuando del análisis de la información o documentación que presenten el Contratante, Asegurado y/o sus representantes para tramitar solicitudes pago, se puedan presumir razonablemente actos u omisiones tendientes a hacer incurrir en error a la Compañía; aprovechar o usar irracional o injustificadamente o, lucrar indebidamente con las coberturas de esta Póliza en perjuicio de la Compañía o la mutualidad; tales como:

- Disimular, omitir o declarar falsa o inexactamente las circunstancias de realización de los hechos reclamados y/o sus consecuencias;
- Falsificar o alterar documentos públicos o privados o,
- Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado; fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

La Compañía notificará la extinción de las obligaciones dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya tenido conocimiento del hecho, quedando liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo relacionado con la reclamación que motivó la extinción de sus obligaciones.

No obstante, subsistirán las obligaciones de la Compañía en los términos y condiciones de esta Póliza por los Siniestros reclamados válidamente hasta antes de la extinción de obligaciones, sujeto a que sean distintos del que motivó la extinción de obligaciones.

La Compañía conservará la prima devengada al momento de la extinción de obligaciones y devolverá al Contratante el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta no devengada (corresponde al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza, sin incluir derechos de Póliza), dentro de los 20 (veinte) días naturales siguientes a la notificación, mediante transferencia electrónica u orden de pago.

11. 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.

12. Altas

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

Para que los hijos nacidos queden cubiertos desde su fecha de nacimiento, es decir con beneficio AXA, la Madre Asegurada debe tener al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza al momento del parto o cesárea y notificar a la Compañía el nacimiento y alta a la Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al nacimiento.

La Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la Fecha del Alta hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de aumento de beneficios en este Contrato de Seguro, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada

proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

Una vez aceptada la inclusión del Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

13. Bajas

La baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza o disminución de beneficios, deberá solicitarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado Titular. La Baja aplicará a partir de la fecha de la recepción de la solicitud; por lo tanto, los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento. La Compañía devolverá al Contratante 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada), sin incluir derechos de Póliza.

14. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular para finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro, respecto del mismo producto originalmente contratado, pero modificando diversos elegibles.

El Contratante o Asegurado Titular mediante el cambio de plan, podrá modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Gama Hospitalaria.
- Periodo de Pago de Siniestros.
- Tabulador.
- Altas o bajas de coberturas adicionales con costo.

El Contratante o Asegurado Titular deberá solicitar a la Compañía, por escrito dichos cambios y llenar y firmar la solicitud de cambio y, en caso de que la Compañía lo requiera, cuestionario médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica.

La Compañía puede o no aceptar la solicitud de cambio de plan. La Compañía no garantizará:

- El cambio sin requisitos de asegurabilidad.
- Los Periodos de Espera del plan anterior.
- Los Gastos no Cubiertos (Exclusiones).

Al realizarse un cambio de plan, los beneficios ganados por el Asegurado en el plan cancelado, no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan contratado los contemple.

15. Cambio de Producto

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

El Contratante o Asegurado Titular deberá solicitar la terminación del Contrato de Seguro vigente, llenar y firmar la Solicitud de Seguro y cuestionario médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

La Compañía puede o no aceptar el Cambio de Producto.

En caso de aceptación, la Compañía lo notificará por escrito, respetando la Fecha de Alta de la Póliza anterior y la Fecha de Alta de las Coberturas Adicionales con costo.

El Asegurado al solicitar un cambio de producto, acepta expresamente que su Contrato de Seguro se cancela para celebrar un nuevo Contrato de Seguro en condiciones diferentes a las originalmente contratadas.

16. Examen Médico

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

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de la Enfermedad evaluada en el examen médico y que no hubiese sido diagnosticada.

17. Renovación

Este Contrato se renovará automáticamente por un período de un año, a menos que, dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, el Contratante comunique por escrito su intención de no renovarlo.

La Renovación otorga los siguientes derechos relacionados con la antigüedad:

- a) Respetar la Fecha de Alta del Asegurado en la Compañía.
- b) No requerir nuevos requisitos de asegurabilidad.
- c) Mantener los Periodos de Espera sin modificaciones que perjudiquen al Asegurado.

En cada renovación, se actualizará la prima, los montos de Deducible, Suma Asegurada, Coaseguro y Topes de Coaseguro, previo aviso del Asegurado. Asimismo, si a la fecha de renovación surgieran nuevas tecnologías y tratamientos para la atención de enfermedades y estas representaran un incremento igual o superior al 20% (veinte por ciento) respecto del costo promedio previamente pagado por la Aseguradora, se podrá ajustar su participación y/o la del Asegurado, en función de dichos incrementos. En ningún caso las actualizaciones y/o ajustes implicarán la eliminación de coberturas.

Asimismo, el incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los estándares de la práctica actuarial y conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información estadística suficiente, homogénea y confiable.

La Compañía establece que ningún Asegurado podrá ser excluido de la renovación de este Contrato debido a malas experiencias en reclamaciones, siempre que no exista dolo o mala fe, de acuerdo con lo estipulado en el apartado IX. Cláusulas Generales: 22. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

18. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen.; salvo en caso de: i) omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, que se contará desde el día en que la Compañía tenga conocimiento de él; ii) 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 y, iii) tratándose de terceros beneficiarios, desde que tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento ante la Especializada de Atención de la Compañía o la CONDUSEF.

19. Zona de Cobertura (Territorialidad)

Los gastos médicos deberán ser erogados dentro de la república mexicana.

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

Para las coberturas de Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y Atención Médica en el Extranjero (ATEX) si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 (doce) meses continuos (durante la Vigencia de esta Póliza), deberá informar previamente a la Compañía y pagar una prima adicional. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro solamente ampara a los Asegurados que vivan permanentemente en la república mexicana.

El Contratante o Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados cuando estos no vivan en el mismo domicilio, así como el cambio de residencia de estos.

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.

20. Moneda

Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo con la moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en moneda nacional al tipo de cambio “fix” que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada.

21. Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros

La Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los medios electrónicos (vía telefónica e internet) o la prestación de servicios de personas morales distintas de agente de seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente.

- 1) El Contratante obtendrá del interlocutor o la página de internet la información general del seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
- 2) El Contratante obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:
 - Vía telefónica, responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar, proporcionar los datos de autenticación del solicitante e información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.
 - Internet, ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica, sus datos personales, del Asegurado y la información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la prima y su dirección de correo electrónico.

Para la identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autenticación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

- 3) La Compañía hará saber al Contratante de manera fehaciente y a través del mismo medio, su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio

de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.

- 4) La Compañía preguntará al Contratante el medio por el cual desea recibir su documentación contractual. La Compañía entregará la documentación contractual al Contratante a través del medio elegido por este; de forma adicional le proporcionará la dirección de la página de internet donde el Contratante podrá consultar las presentes condiciones generales, así como los datos de contacto para la atención de Siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada Atención a Clientes.

Al realizar la contratación de este seguro por medios electrónicos, el Contratante acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante y/o Asegurado. Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia de la Póliza, así como los hechos que condicionen los términos de este.

La Compañía, garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante, a través de la llamada telefónica, internet o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la celebración de esta Póliza. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la prima.

Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de “Operaciones a través de Medios Electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica axa.mx

22. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

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.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los párrafos previos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

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

23. Agravación del Riesgo

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro se entenderá como agravación del riesgo cuando se produce una situación o estado distinto de exposición del riesgo asegurado, a lo declarado en la Solicitud de Seguro que sirvió de base para la valoración del riesgo por parte de la Compañía.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía.

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, por agravación esencial del riesgo, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en el Código Penal Federal en los delitos materia de terrorismo, financiamiento del terrorismo, producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos y operaciones con recursos de procedencia ilícita o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional. Dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal; o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada en los términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos antes señalados.

24. Competencia y medios alternos resolución de controversias

En caso de desacuerdo del Contratante, Asegurado o cualquier interesado respecto de las determinaciones de la Compañía, podrán acudir ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) Unidad Especializada de Atención a Clientes.

AXA Seguros (**UNE**). Félix Cuevas 366, piso 3, col Tlacoquemécatl, alc. Benito Juárez, 03200

Teléfonos:

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

En la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1).

Lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

O escribanos a axasoluciones@axa.com.mx.

b) Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En el territorio nacional: 800 999 8080. En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999.

Av. Insurgentes Sur # 762, col. Del Valle, alc. Benito Juárez, 03100.

Consulte <https://www.condusef.gob.mx/>

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

c) Mediación y arbitraje. Instancias independientes e imparciales. La Compañía cubrirá el costo de la mediación. Si no se logra un acuerdo allí, es posible resolver el conflicto mediante un arbitraje voluntario.

Los acuerdos alcanzados vía mediación o arbitraje obligan a las partes a su estricto cumplimiento.

Para solicitar la mediación, comuníquese a la **UNE**.

El Contratante, Asegurado o interesado pueden acudir de manera gratuita a las instancias señaladas, y evitar un juicio, o directamente a los tribunales de su elección.

Además, el Contratante o Asegurado podrán acceder al Arbitraje Privado, conforme a la cláusula 29. Arbitraje Médico de estas Condiciones generales.

25. Edad

- La edad de aceptación para la contratación del Contrato de Seguro será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.
- Si a consecuencia de una inexacta declaración de la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la renovación del Contrato de Seguro, este estuviera fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos desde el momento en que se conozca la inexactitud.
- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.
- Cuando exista un error en la edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la edad real resulte menor. En caso de que la prima resulte mayor, el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

26. Siniestros

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

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 Accidente o Enfermedad reclamada; 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.

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

Para proceder al pago de la Cobertura de Apoyo Psicológico por robo con violencia o violación, es requisito indispensable que el reclamante adjunte la copia simple de la denuncia de hechos presentada ante el Ministerio Público competente.

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

- a) El Contratante o Asegurado obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias de este.
- 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 de este, dentro del término establecido en la cláusula 19. Prescripción de estas condiciones.

27. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, 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.

28. Beneficios Fiscales

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

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

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

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

29. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad Preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía, 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 una Enfermedad Preexistente.

La Compañía acepta que, si el Asegurado acude a esta instancia, la resolución de dicho Arbitraje 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.

30. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en carátula de Póliza, Condiciones generales, Endosos y demás documentación contractual, a través de la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante al momento de la contratación o a través del medio elegido por este.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus Condiciones generales podrá descargarlas en axa.mx o dando [clik aquí](#); o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

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

31. Responsabilidad de la Compañía

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir libre y voluntariamente el Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete o farmacia, así como los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto, brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, asume que la relación que establece con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal; por lo que, el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios y él en su calidad de Asegurado, por lo tanto, 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.

32. Subrogación

La Compañía quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado o beneficiario de pago, hasta el límite de los gastos erogados y pagados en afectación de esta Póliza, contra los terceros causantes del Siniestro, es decir, los causantes de las lesiones, Accidentes, Enfermedades que dieron origen a los gastos médicos y hospitalarios pagados por la Compañía.

La subrogación quedará perfeccionada con el simple pago que haga la Compañía de los gastos médicos y hospitalarios del Asegurado, dicha subrogación incluye las acciones por responsabilidad civil tanto objetiva como subjetiva que pudieran corresponder al Asegurado o beneficiario.

El derecho a la Subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el Siniestro, o bien si es civilmente responsable del mismo.

33. Restricción de cobertura

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta Póliza, cuando ello implique a la Compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico o legal, establecida en resoluciones emitidas por la Organización de las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o bien, por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas, emitidas por organismos internacionales, con quien México tenga celebrado un tratado internacional.



X. Significado de abreviaturas y siglas

- **Art.:** Artículo.
- **ATEX:** Atención en el Extranjero.
- **C.P.:** Código Postal.
- **CENATRA:** Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud.
- **CGAR:** Conversión Garantizada.
- **CGMM:** Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos.
- **COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- **CoNa:** Cobertura Nacional.
- **CONDUSEF:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- **CONT:** Continuidad Garantizada.
- **DEDO:** Deducible Cero por Accidente.
- **DIST:** Cliente Distinguido.
- **DSM:** Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder.
- **ECE:** Enfermedades Cubiertas en el Extranjero.
- **EMER:** Emergencia Médica en el Extranjero.
- **FDA:** Food and Drug Administration.
- **GMM:** Gastos Médicos Mayores.
- **h:** Horas.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **M.N.:** Moneda Nacional.
- **MATE:** Maternidad Extendida.
- **MFH:** Medicamentos Fuera del Hospital.
- **NCCN:** National Comprehensive Cancer Network.
- **PRE:** Preexistencias.
- **SAV:** Servicios de Asistencia en Viajes.
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **UNE:** Unidad Especializada de Atención a Clientes.
- **USD/US:** Dólares.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.



XI. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 27 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0048-0400-2025/CONDUSEF-007045-01.

Anexo 1: Procedimientos para el uso de tu Póliza

¿Qué hacer en caso de un Siniestro?

Frente a una emergencia de salud, mantén la calma, estamos a tu lado. Si experimentas síntomas que requieren atención inmediata, acude al hospital en convenio más cercano para recibir Tratamiento médico.



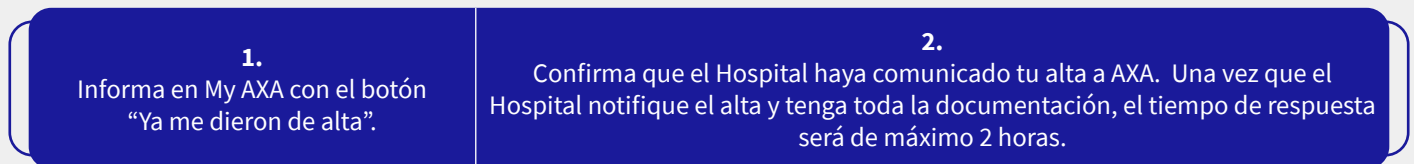
Si necesitas asesoría sobre trámites o información de tu Póliza antes o después de la Hospitalización, llama al **800 001 8700, opción 4**. Todos nuestros Hospitales asociados ofrecen servicio de Acompañamiento 24/7.

Al llegar al Hospital:

Es crucial que nos proporciones tu número de contacto, ya que un concierge se comunicará contigo en las próximas 24 horas para acompañarte durante tu Hospitalización y proporcionarte información detallada sobre:

Coberturas, Suma Asegurada y Coaseguro.	Gastos cubiertos y no cubiertos.	Pasos a seguir durante tu estancia.	Honorarios médicos.	Formatos necesarios.
---	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------	----------------------

Cuando te den de alta:



Posteriormente, el Hospital y la Compañía procederán al cierre de cuenta. El concierge de acompañamiento 24/7 se pondrá en contacto contigo o tu familiar para proporcionar el estatus de tu alta, aclarar dudas, informarte sobre los gastos cubiertos y no cubiertos y orientarte sobre el proceso de pago. Para finalizar, acude a la caja del Hospital para realizar el pago correspondiente.

¿Qué gastos debes cubrir antes de salir del Hospital?

Los gastos totales están conformados por los gastos cubiertos por la Compañía (hospitalarios) + los gastos del Asegurado (Deducible, Coaseguro y gastos personales) + gastos excedentes (en caso de que apliquen). Veamos un ejemplo:

Siniestro Inicial.

	Gastos totales de cuenta hospitalaria		\$101,000
	Gastos personales (llamadas telefónicas, pañales, caja fuerte, entre otros)	—	\$1,000
	Gastos cubiertos	=	\$100,000
	Deducible	—	\$5,000
	Gastos después de deducible	=	\$95,000
	Porcentaje de Coaseguro (10%)		
	Coaseguro	—	\$9,500
	Gastos después de Coaseguro	=	\$85,500

Montos únicamente ilustrativos.



Para más información te compartimos la guía de del Asegurado: [“Guía de acompañamiento”](#).

Pago de Complementos

En caso de Deducible Anual, se volverá a cubrir el vigente, por ejemplo:
Siniestro con fecha de aniversario en marzo 2025. Los gastos complementarios hechos dentro del mismo año Siniestro estarán amparados sin más Deducible. Para los gastos complementarios realizados a partir del aniversario del Siniestro (marzo 2026) deberás cubrir nuevamente el Deducible vigente.

	Gastos totales de reembolso	\$51,000
	Deducible	\$6,000
Gastos después de deducible		\$45,000
	Porcentaje de Coaseguro (10%)	
	Coaseguro	\$4,500
Gastos después de Coaseguro		\$40,500

Montos únicamente ilustrativos.



¿Qué necesito para programar mi cirugía o Medicamentos de alta especialidad?

Reúne los siguientes documentos:

- Copia de los estudios de laboratorio o gabinete junto con la interpretación por parte del laboratorio en donde esté confirmado el diagnóstico. (actualizar cada 6 meses si aplica).
- Informe médico. (Actualizar cada 6 meses).
- Solicitud de Programación de Servicios médicos.
- Foto de tu tarjeta de seguro (descárgala desde My AXA) o carátula de la Póliza.
- Copia de identificación oficial del Asegurado que será atendido.
- Es muy importante que nos compartas tus datos de contacto, número de teléfono y correo electrónico en el formato de solicitud de servicios programados o en la aplicación My AXA.
- Receta médica (actualizar cada 3 meses en caso de programación de Medicamentos).

Presenta la documentación al menos 10 días hábiles antes de la fecha que programaste a través de My AXA o con tu asesor de seguros.

Descarga la app aquí.

Para cualquier duda sobre el proceso, comunícate al **800 001 8700**, opción **4**.

Programación de Siniestros específicos de GMM

En la Compañía, estamos comprometidos con ofrecer servicios de excelencia y brindar tranquilidad a nuestros Asegurados. Por ello te compartimos algunos de los procedimientos que deben ser programados y previamente autorizados por la Compañía para poder dar el beneficio de Pago Directo; en caso contrario, los gastos hospitalarios y honorarios médico/quirúrgicos corran a cargo del Asegurado, quien posteriormente deberá ingresar los comprobantes correspondientes para su valoración por Pago por Reembolso.



Nota: en caso de que el Asegurado esté hospitalizado por alguna Enfermedad o procedimiento diferente a los mencionados y durante su estancia hospitalaria requiera realizarse de forma adicional alguno de los citados en la imagen anterior, deberá avisar a la Compañía para valorar la información y emitir respuesta.

En casos de urgencia médica, podemos realizar Pago Directo únicamente a lesiones súbitas, fortuitas e imprevistas que pongan en peligro la vida, órgano o función y que requieran de atención inmediata conforme a las Condiciones generales de la Póliza.

Beneficios de Pago Directo / Programación servicio

- La Compañía asumirá el gasto procedente dejando solo a tu cargo el monto de Deducible, Coaseguro y los gastos no cubiertos.
- Identificarás previo a tu Hospitalización el monto de Deducible y Coaseguro que deberás cubrir, así como los gastos personales y excluidos en tu Póliza.
- Recomendaciones de beneficios adicionales en cada Hospital como cama extra para acompañantes, estacionamiento gratuito, kit de bienvenida, preadmisión, etc. (la información se actualizará por medio de la página de la Compañía).
- Puedes prever el gasto que la Compañía asumirá para tu atención requerida.

Pasos para solicitar un Pago por Reembolso

Tienes dos opciones:

1. My AXA haz clic para descargar desde tu celular o desde nuestro sitio web.

Podrás solicitar tu reembolso en línea disponible las 24 horas, ingresa a la sección: Gastos Médicos/ ¿Cómo podemos ayudarte? / Tramitar un reembolso.

2. Tradicional: por medio de tu asesor / agente de seguros

Documentos obligatorios:

- Informe médico (en caso de reclamaciones complementarias, se deberá actualizar cada 6 meses).
- Identificación oficial de Asegurado vigente.
- Copia de estudios con interpretación de estudios.
- Facturas vigentes.
- Formato solicitud de reembolso.
- Copia de recetas médicas (en caso de reclamaciones complementarias, se deberá actualizar cada 3 meses).
- Documento cuenta CLABE.
- Comprobante de domicilio del beneficiario de pago.
- Copia de vóucher o cheque expedido al Hospital o Médico en caso de haber sido atendido en el extranjero.

Beneficios +Care

Para acceder a los beneficios de este programa el Asegurado debe comunicarse al **800 AXA CARE (292 2273)** o axacare@axa.com.mx donde se le indicarán los pasos a seguir.

Guía para el uso de AXA Keralty

Tu cobertura de gasto médico menor comienza ahora con Flex Plus. En caso de tener contratada la cobertura adicional con costo Planmed Intermedio o Integral, tendrás acceso a beneficios exclusivos que podrás utilizar de la siguiente manera:

Tus coberturas en Clínicas Médicas AXA Keralty listas para usar:

Servicio	¿Qué incluye?	Modo de uso	¿Cuánto pago?
 Check Up	- Consulta médica de valoración. - Set de laboratorios (a partir de 18 y hasta 99 años de edad).	Agenda tu Consulta médica en Clínicas AXA Keralty al 800 001 8700, opción 5.	Este servicio no tiene ningún costo adicional, ya es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus.
 Consultas de medicina general, ginecología y pediatría	Atención y servicio brindado por Médicos titulados y certificados. En modalidad presencial o virtual. Con plena confidencialidad de tu información en espacios físicos privados en Clínicas modernas y cómodas para toda la familia.	Agenda tus citas médicas al 800 001 8700 opción 5, en el portal de clientes axakeralty.mx o en la app. En horario de 8:00 am hasta las 7:30 pm de L-S. Los domingos contamos con servicio presencial llámanos para validar disponibilidad.	Este servicio no tiene ningún costo adicional, ya es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus.
 Consultas de nutrición (todas las edades)	Atención y servicio brindado por nutriólogos titulados que establecerán en conjunto objetivos clínicos a corto y largo plazo para alcanzar la meta de tu Tratamiento nutricional.	Agenda tus citas al 800 001 8700 opción 5, en el portal de clientes axakeralty.mx o en la app. De L-S (valida disponibilidad).	Este servicio es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus hasta 12 Consultas por Vigencia.
 Consultas de psicología	Atención y servicio brindado por psicólogos titulados y capacitados en diversas corrientes en donde mediante intervenciones psicológicas en modalidad consulta virtual o presencial recibirás atención. Este espacio es confidencial para que te sientas seguro.	Agenda tus citas al 800 001 8700 opción 5, en el portal de clientes axakeralty.mx o en la app. De L-S (valida disponibilidad).	Este servicio es parte de tu cobertura Integral/ Intermedio en tu Póliza Flex Plus hasta 12 Consultas por Vigencia.
 Atención inmediata o no programada	Una revisión de nuestro personal de enfermería: toma de signos vitales y algunas preguntas sobre tus síntomas para determinar el nivel de prioridad de atención y protocolo de salud.	Asiste a Clínicas Médicas AXA Keralty de lunes a sábado, de 08:00 a 20:00 En la recepción registraremos tu información para realizar tu admisión.	El servicio de atención inmediata o no programada no tiene costo, sin embargo, algunos procedimientos del Médico dentro del consultorio podrían no estar en cobertura.

Tus coberturas en Clínicas Médicas AXA Keralty con direccionamiento médico.

Servicio	¿Qué incluye?	Modo de uso	¿Cuánto pago?
 Consultas con especialistas	Atención y servicio brindado por Médicos especialistas titulados y certificados. En Clínicas Médicas AXA Keralty podrás acceder a especialidades de segundo nivel: medicina interna, ortopedia-traumatología, urología, cirugía general, psiquiatría y otorrinolaringología.	Con tu referencia médica agenda tu cita al 800 001 8700, opción 5. Valida disponibilidad de agenda.	Este servicio no tiene ningún costo adicional con los especialistas mencionados, ya es parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.
 Estudios de Laboratorio	Tomas de sangre, rayos X y ultrasonidos simples en Clínicas Médicas AXA Keralty y algunos proveedores de laboratorio.	Las tomas sanguíneas no requieren cita, asiste con tu referencia a cualquier Clínica Médica AXA Keralty de L-S de 8 a 11 am. Para consultar los horarios de rayos X y ultrasonidos disponibles llama al 800 001 8700, opción 5.	Consulta el catálogo de procedimientos incluidos como parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.
 Terapias físicas de rehabilitación	Un número de sesiones indicadas por el Médico tratante con un licenciado en fisioterapia titulado y certificado en espacios amplios en Clínicas Médicas AXA Keralty.	Con tu referencia médica agenda tu cita al 800 001 8700, opción 5. Valida disponibilidad de agenda.	Este servicio no tiene ningún costo adicional ya es parte de tu cobertura Integral/Intermedio en tu Póliza Flex Plus.

Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica

Especialidad		Monto a Indemnizar
	Una Consulta o Videoconsulta al año con un Médico general, ginecólogo o pediatra.	\$80.00
	Una Consulta o Videoconsulta al año con un nutriólogo.	\$80.00

Estudios		Monto a Indemnizar
	Papanicolaou una vez por año Póliza (edad recomendada a partir de los 18 años).	\$80.00
	Antígeno prostático una vez por año póliza (edad recomendada a partir de los 40 años).	\$80.00

Anexo 3: Artículos citados en las Condiciones Generales

Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la república mexicana vigentes y aplicables.

Art. 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

ARTÍCULO 276. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- 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;

...

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Anexo 4: Tabla de indemnización para el Beneficio de Check Up de la Cobertura Planmed

El Asegurado puede presentar uno o varios estudios de acuerdo con su género y edad cumpliendo con la condición mencionada en el apartado *Check Up* de las presentes Condiciones generales, es decir, siempre y cuando se compruebe que el gasto sea igual o superior al monto a indemnizar.

Sexo/Edad	Estudios autorizados	Monto a Indemnizar
 Masculino 18-39	• Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) • Colesterol de baja densidad (LDL) • Glicemia en ayunas • Hemoglobina glucosilada (A1c) • Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) • Creatinina en suero • Examen general de orina • Perfil de lípidos	\$300.00
 Masculino 40-49	• Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) • Colesterol de baja densidad (LDL) • Glicemia en ayunas • Hemoglobina glucosilada (A1c) • Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) • Creatinina en suero • Examen general de orina • Perfil de lípidos • Antígeno prostático específico total (PSA)	\$300.00
 Masculino 50 en adelante	• Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) • Colesterol de baja densidad (LDL) • Glicemia en ayunas • Hemoglobina glucosilada (A1c) • Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) • Creatinina en suero • Examen general de orina • Perfil de lípidos • Antígeno prostático específico total (PSA) • Sangre oculta en materia fecal, técnica inmunohistoquímica	\$300.00
 Femenino 18-49	• Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) • Colesterol de baja densidad (LDL) • Glicemia en ayunas • Hemoglobina glucosilada (A1c) • Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) • Creatinina en suero • Examen general de orina • Perfil de lípidos • Papanicolaou citología cervicovaginal	\$300.00
 Femenino 50 en adelante	• Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) • Colesterol de baja densidad (LDL) • Glicemia en ayunas • Hemoglobina glucosilada (A1c) • Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) • Creatinina en suero • Examen general de orina • Perfil de lípidos • Papanicolaou citología cervicovaginal • Sangre oculta en materia fecal, técnica inmunohistoquímica	\$300.00

Anexo 5: Información adicional sobre Servicios de Asistencia y coberturas

5.1 Servicio de Asistencia Incluidos

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que esta designe; aplica únicamente en territorio nacional hasta el equivalente de 35 UMAM. La guía de uso puede ser consultada [aquí](#).

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

Plan Básico		
Servicios		Protección incluida por defecto en servicio básico
	Consulta de emergencia dental en horario normal	1 al año sin costo
	Diagnóstico, plan de tratamiento y prevención (2 limpiezas al año sin costo adultos y niños)	0% de copago
	Radiografías (1 radiografía al año sin costo)	30% de copago
	Operatoria dental (amalgamas y resinas)	30% de copago
	Endodoncias (tratamientos de conductos, pulpectomías y pulpotomías)	30% de copago y descuentos del 10% en otros tratamientos
	Cirugía básica (procedimientos quirúrgicos menores)	30% de copago
	Cirugía avanzada (procedimientos quirúrgicos mayores)	Descuentos desde el 15%
	Terceros molares (muelas del juicio)	Descuentos desde el 20%
	Prótesis (coronas metal porcelana, onlays, postes)	Descuentos desde el 10%
	Periodoncia (1 evaluación periodontal al año sin costo)	30% de copago y descuentos del 10% en otros tratamientos
	Ortodoncia (brackets metálicos, autoligados y cerámicos)	Descuentos en retiro de brackets de 10% a 20%
	Blanqueamientos (zoom y en casa)	Descuentos del 20%
	Otros	Descuentos desde el 10%

5.2 Servicio de Asistencia con costo: Protección Dental Integral (PDI)

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que esta designe; aplica únicamente en territorio nacional hasta el equivalente de 35 UMAM. La guía de uso puede ser consultada [aquí](#).

Plan Integral		
Servicios		Plan contratado como extensión para tratamientos dentales
	Consulta de emergencia dental en horario normal	1 al año sin costo
	Diagnóstico, plan de tratamiento y prevención (2 limpiezas al año sin costo adultos y niños)	0% de copago
	Radiografías (1 radiografía al año sin costo)	30% de copago
	Operatoria dental (amalgamas y resinas)	30% de copago (+1 resina infantil al año sin costo)
	Endodoncias (tratamientos de conductos, pulpectomías y pulpotomías)	30% de copago
	Cirugía básica (procedimientos quirúrgicos menores)	30% de copago
	Cirugía avanzada (procedimientos quirúrgicos mayores)	30% de copago
	Terceros molares (muelas del juicio)	30% de copago
	Prótesis (coronas metal porcelana, onlays, postes)	50% de copago
	Periodoncia (1 evaluación periodontal al año sin costo)	30% de copago
	Ortodoncia (brackets metálicos, autoligados y cerámicos)	Descuentos en retiro de brackets de 10% a 20%
	Blanqueamientos (zoom y en casa)	Descuentos del 20%
	Otros	Descuentos desde el 10%

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

Cancelación

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

Exclusiones particulares de 5.1 Servicio de Asistencia Incluidos y 5.2 Servicio de Asistencia con costo:

Protección Dental Integral (PDI)

- 1. Medicamentos, anestesia general y/o sedaciones.**
- 2. Gastos hospitalarios.**
- 3. Tratamientos y erogaciones fuera del territorio nacional.**
- 4. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
- 5. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del Asegurado a las indicaciones del odontólogo tratante.**
- 6. Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por odontólogos fuera de la red odontológica del prestador de servicios.**
- 7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético para mejorar la apariencia del Asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**
- 8. Tratamientos que no estén especificados dentro de las coberturas del plan contratado.**
- 9. Obturaciones de desgaste incisales y cervicales.**

5.3 Tu médico 24 horas. Envío de Médico a Domicilio

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la república mexicana, en los demás lugares, hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

5.4 Cliente Distinguido (DIST). Envío de Médico a Domicilio

En caso de haber contratado la cobertura adicional con costo Cliente Distinguido (DIST).

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la república mexicana; en los demás lugares, hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.



Llámanos a la línea
exclusiva de Salud
800 001 8700

axa.mx