



Gastos Médicos Mayores

**Creado para
empresas,
flexible para
la salud**

**Línea Hospitalaria
(Experiencia Propia)**

Condiciones Generales

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Gastos Médicos Mayores Línea Hospitalaria (Experiencia Propia)
Condiciones Generales

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro 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 consideran como parte de un mismo Siniestro todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

2. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza que tiene derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos cubiertos en términos del mismo.

3. Asegurado(a) Titular

Persona que tiene un vínculo o relación laboral con el Contratante y pertenece a la Colectividad Asegurada.

4. Certificado individual

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

5. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado sobre los gastos procedentes que aplica después de descontar el Deducible.

Dicho porcentaje es elegido por el Contratante y queda indicado en la carátula de la póliza y Certificado individual.

El Coaseguro aplica por Póliza y para cada Accidente o Enfermedad cubierto, y no es reembolsable ni tampoco compensable.

6. Colectividad Asegurable

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

7. Colectividad Asegurada

La integran las personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la Compañía y cuyos nombres aparecen en el Registro de Asegurados.

8. Compañía

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



9. Consulta

Es la atención que brinda el Médico de forma intrahospitalaria o en su consultorio o en el domicilio del Asegurado y tiene la finalidad de evaluarlo clínicamente para establecer un diagnóstico y Tratamiento del Accidente o Enfermedad cubierto.

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.

10. Contratante

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

11. 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 póliza.
- d. Condiciones Generales.
- e. Endosos.
- f. Tabulador.
- g. Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- h. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

12. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la carátula de póliza y Certificado individual, el cual aplicará para cada Siniestro cubierto, en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro.

La obligación de pago a cargo de la Compañía comienza desde que los gastos por atención médica cubiertos han rebasado el Deducible y hasta el monto de la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

13. Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular y/o del cónyuge, solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

14. Dispositivos Médicos

Es 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 y que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) clasifica en 6 (seis) tipos:

-
1. Equipo médico.
 2. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
 3. Agentes de diagnóstico.
 4. Materiales quirúrgicos y de curación.
 5. Insumo de uso odontológico.
 6. Productos higiénicos.

15. Emergencia Médica o Urgencia 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.

16. Endoso

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

17. 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 médico o quirúrgico. 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 médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

18. Enfermedades Preexistentes

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro.

La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, enunciativamente, mediante alguno de los siguientes supuestos:

- a. Cuyo existencia haya sido declarada por el Contratante al momento de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b. Que en un expediente médico se determine la existencia de la Enfermedad con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- c. Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d. Que existan gastos documentados y comprobables para recibir un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

19. Fractura

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

20. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

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

Se pueden consultar los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que integran cada Gama Hospitalaria en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios) en el siguiente *link*: <https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios> o en el *contact center* de AXA en el teléfono 800 900 1292.

21. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

Aquellos gastos médicos incurridos por el Asegurado fuera del territorio nacional, que están sujetos a las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables determinadas por la Compañía, considerando como tales los que resulten más bajos entre:

- a. El Gasto Usual del proveedor por suministrar el Tratamiento, servicio o suministro;
- b. El Gasto determinado por la Compañía como la tarifa general cargada por otros proveedores que prestan o proveen dichos Tratamientos, servicios o suministros a las personas que residen en la misma área (código postal) y cuya lesión o Enfermedad es comparable en naturaleza y gravedad.

El Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado por un Tratamiento, servicio o suministro inusual o que no se provee a menudo en el área que únicamente es suministrado por un pequeño número de proveedores será determinado por la Compañía, considerando:

1. Complejidad;
2. Grado necesario de especialización;
3. Tipo de especialista requerido;
4. Gama de servicios o suministros proporcionados por un centro de atención; y
5. El cargo que prevalece en otras áreas. El término “área” significa una ciudad, un país o cualquier área más extensa, la cual es necesaria para obtener una muestra representativa de instituciones similares o Tratamientos similares.

22. 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.

Para efectos de esta Póliza, no se consideran Hospital, Clínica o Sanatorio casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para Tratamientos naturales, termales, masajes y estéticos.

23. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y necesaria para la atención de un Accidente o Enfermedad cubierto 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.

24. Madre Asegurada

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

25. 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.

26. Medicamento

Se considera como 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 que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Además, se presenta en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contempla efectos terapéuticos o de rehabilitación.

Para que sea considerado Medicamento, este debe tener registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

27. 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 de que se trate. Para el uso de Dispositivos Médicos de alta especialidad, el Médico especialista deberá contar con certificación vigente que avale su entrenamiento en el uso del Dispositivo Médico.

En todos los casos es obligación del Asegurado cerciorarse de que los 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.

28. Órganos bilaterales

Son aquellos órganos u áreas que son pares y existe uno de lado derecho y otro de lado izquierdo del cuerpo humano.

29. Pago Directo

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

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

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 se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

El servicio de Pago Directo se otorgará al Asegurado, siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda 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 realizar el Pago Directo.

30. Pago por Reembolso

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

31. Periodo al Descubierta

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

32. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de Ingreso del Asegurado en esta Póliza hasta la fecha de la realización del Siniestro, a fin de que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía, tal como se describen en los apartados correspondientes al apartado III. Cobertura básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

Los Periodos de Espera solo pueden ser reducidos de acuerdo con la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

33. 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.

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios) en el siguiente *link*: <https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios> o en el *contact center* de AXA en el teléfono 800 900 1292.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse o adquirir Medicamentos o insumos médicos, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

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

34. Programación de Servicios

Beneficio que la Compañía puede otorgar, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico cubierto, para el pago que se realizará directamente a los Prestadores en Convenio, mediante el cual se valora la procedencia de la Programación del Servicio y su pago, previa autorización y valoración por parte de la Compañía.

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 se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

El servicio de Programación se otorgará al Asegurado, siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda 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 realizar la Programación de Servicios.

35. Reconocimiento de Antigüedad

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 con el mismo Contratante y cuando no existan periodos al descubierto mayores a 30 (treinta) días naturales.

En caso de que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado, lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y se indicará en el Certificado individual como “Fecha de Ingreso”.

El Reconocimiento de Antigüedad únicamente se considera para eliminar o reducir los Periodos de Espera de acuerdo con lo establecido en la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

Cualquier Accidente o Enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha se considerará como Enfermedad Preexistente.

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

36. Región Anatómica

Es una 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)

37. 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.

38. Siniestro

Es la suma de los gastos médicos erogados por cada Accidente o Enfermedad cubierto por estas Condiciones Generales, que se agrupan por Asegurado para su identificación.



Todas las afectaciones o lesiones corporales sufridas por el Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierto, su Tratamiento Médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas serán consideradas en un mismo Siniestro.

39. Solicitud de Seguro

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

40. Suma Asegurada

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

41. 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 médico o quirúrgico, Terapia y/o procedimientos terapéuticos, por cada Accidente o Enfermedad cubierto en este Contrato de Seguro.

El Tabulador es seleccionado libremente por el Contratante al momento de la contratación. El nombre del Tabulador contratado se encuentra especificado en la carátula de póliza y Certificado individual.

El Tabulador se puede consultar en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/seguero-gastos-medicos/linea-hospitalaria-empresas) en el siguiente *link*: <https://axa.mx/seguero-gastos-medicos/linea-hospitalaria-empresas> o en el *contact center* de AXA en el teléfono 800 900 1292.

42. Tope de Coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro, por cada Enfermedad o Accidente cubierto.

43. Tratamiento o Terapia

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos, físicos) que contribuyen a tratar y/o restablecer la salud del Asegurado afectada por una Enfermedad o Accidente cubierto.

44. Tratamientos en investigación

Son aquellos Tratamientos que no han comprobado su seguridad y efectividad, por lo que no han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos Sanitarios legalmente facultados y no se encuentran especificados en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales. También se consideran Tratamientos en investigación cuando se apliquen con modalidades, indicaciones, dosis o vías de administración diferentes a las autorizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

45. UMAM

Unidad de Medida y Actualización definida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

46. Vigencia

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



II. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo y estudios que lo corroboren. Estos gastos deberán ser derivados de Tratamientos relacionados con un Accidente o Enfermedad, deberán estar relacionados con el diagnóstico y proporcionados por instituciones y personas autorizadas legalmente 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 previa valoración y autorización de su parte.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales que el Contratante puede contratar a su elección, las cuales de acuerdo con el Plan seleccionado se especifican en la carátula de póliza y Certificado individual, y estarán sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este Contrato de Seguro.

III. Cobertura básica

Se cubren solo los gastos erogados en territorio nacional por cada Accidente o Enfermedad cubierto hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza y Certificado individual.

a) Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios médicos

Los honorarios médicos se pagarán de acuerdo con los montos establecidos en el Tabulador contratado estipulado en la carátula de póliza y Certificado individual, siempre y cuando los profesionales de la salud, cuyos honorarios se reclaman, hayan participado activa y directamente en el Tratamiento Médico o quirúrgico o procedimiento terapéutico o consulta del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

Se cubrirá el monto correspondiente derivado de las atenciones prestadas por un Médico al Asegurado por:

a. Honorarios médicos sin intervención quirúrgica

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al honorario médico por consultas con base en el Tabulador contratado.

La Compañía cubrirá las Consultas que el Asegurado requiera, derivadas del Accidente o Enfermedad cubierto, limitando el pago a una consulta diaria por especialidad.

b. Honorarios médicos con intervención quirúrgica

En caso de intervención quirúrgica, los honorarios médicos 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.**

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al procedimiento quirúrgico realizado con base en el Tabulador contratado, dicho monto 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 participe activamente en la intervención quirúrgica.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado 2 (dos) o más cirugías en la misma Región Anatómica, se cubrirá al Asegurado el monto correspondiente al 100% (cien por ciento) de los honorarios quirúrgicos para la cirugía que tenga el valor más alto y el 50% (cincuenta por ciento) de la segunda cirugía. **Si existieran más cirugías en la misma Región Anatómica, estas no serán cubiertas por la Compañía.**

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado 2 (dos) cirugías en regiones anatómicas distintas, los honorarios quirúrgicos de la cirugía de mayor costo se cubren al 100% (cien por ciento) y de la segunda al 50% (cincuenta por ciento). En el caso de una 3^{ra}. (tercera) cirugía en la misma sesión, en la segunda Región Anatómica o en otra Región Anatómica diferente a la primera se cubrirá el 35% (treinta y cinco por ciento). **Si existen más intervenciones, no serán cubiertas por la Compañía.**

Lo anterior también aplica en caso de Enfermedades Bilaterales.

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado como consecuencia de un Politraumatismo, se cubrirá el 100% (cien por ciento) de cada uno 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 que será cubierto al Asegurado será del 100% (cien por ciento) según el Tabulador contratado, previa autorización de la Compañía.

Para efecto del pago de honorarios médicos, si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, 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.

Si existiera una diferencia entre el monto reclamado por el honorario médico contra el monto especificado en el Tabulador médico contratado, esta no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

2. Gastos Hospitalarios

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

- a. **Habitación privada estándar** con baño.
- b. **Alimentos 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 Accidente o Enfermedad cubierta 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 que haya sido utilizado. 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 de estas Condiciones Generales, sean indicados y justificados por el Médico Tratante y que estén relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta que genera la atención médica. Los Medicamentos cubiertos deberán contar con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y el proveedor deberá contar con licencia de comercialización en México.
- g. Se cubren únicamente los **Gastos de la cama extra** para el acompañante del Asegurado afectado.
- h. Atención general de **Enfermería**.

Cuando, derivados de una intervención quirúrgica para una Enfermedad cubierta, el Asegurado presente o se detecten gastos relacionados con la atención o Tratamiento de una Enfermedad no cubierta, 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 derivada de una Enfermedad no cubierta en el Contrato de Seguro.

Los honorarios médicos por la atención de la Enfermedad cubierta se cubrirán por la Compañía conforme a estas Condiciones Generales, con las participaciones correspondientes del Asegurado.

3. Cuidados en casa o fuera del Hospital

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

- a. **Enfermería:** quedan cubiertos los montos correspondientes a honorarios de enfermería, legalmente autorizada para ejercer su profesión, que bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarios para la administración de Medicamentos que requieren manejo, preparación y/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.

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

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

- b. **Gastos por consumo de oxígeno medicinal:** siempre que este sea indicado y justificado por el Médico tratante, mediante una receta médica cuya fecha no sea mayor a 3 (tres) meses de antigüedad. Dicha receta se deberá entregar a la Compañía por periodos de 30 (treinta) días naturales.

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

- c. **Medicamentos:** se cubrirán los costos de los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio y mediante el Pago por Reembolso.

Para acceder a la cobertura, se deberá cumplir con los siguientes requisitos: el producto a cubrir debe cumplir con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, estar indicado y justificado por el Médico tratante, contar con registro sanitario en México y estar relacionado y autorizado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) para tratar el Accidente o Enfermedad cubierto.

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 Reglamento de Insumos para la Salud de la Ley General de Salud.

4. Terapias de rehabilitación

Siempre y cuando sean médicamente necesarias y tengan la finalidad de restaurar la salud del Asegurado, se cubrirán única y exclusivamente las siguientes Terapias de rehabilitación: rehabilitación musculoesquelética, hidroterapia, neurorehabilitación, neurodesarrollo, inhaloterapia o fisioterapia pulmonar y rehabilitación cardíaca.

Para la cobertura de los gastos por las terapias de rehabilitación amparadas en esta cobertura, es indispensable que el Asegurado se cerciore de 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 médico 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 proporcionadas 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.**

Por las características específicas de las Terapias de Rehabilitación de que se trate, la Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas Terapias sean medicamente indispensables.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho Tratamiento médico, en donde se indique el número de sesiones reclamadas, teniendo como límite el monto máximo especificado en el Tabulador contratado, dicho monto ya incluye los honorarios médicos de los terapeutas.

5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia

Para cualquier tipo de cáncer, quedan cubiertos conforme a estas Condiciones Generales los gastos por Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia que tengan indicación médica y sean indicados y justificados por el Médico tratante, que han comprobado su seguridad y efectividad, y por ello han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos sanitarios correspondientes mediante un registro sanitario y se encuentran especificados para tratar el tipo y estadía del cáncer del Asegurado en las Guías Terapéuticas de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN).

6. Cirugía reconstructiva por Accidente

Se cubren los gastos por Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente cubierto.

7. Trasplante de órganos

Se cubren los gastos que genera el protocolo de estudio pretrasplante aprobado por el Comité de Trasplante de la Institución en donde se lleve 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 postrasplante del Asegurado receptor.

El monto de honorarios médicos, generados por el protocolo de estudio pretrasplante y los procedimientos quirúrgicos del receptor se cubrirá de acuerdo con el 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 Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

Los trasplantes de órganos deben estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

No se cubren los gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos ni de importación de órganos.

8. Trasplante de tejidos y células

Los gastos derivados del trasplante de córnea quedarán cubiertos exclusivamente por Accidente o Enfermedad cubierto por esta Póliza.

Para aquellas Enfermedades congénitas y/o genéticas de la córnea con beneficio AXA, el trasplante será cubierto, siempre y cuando el Asegurado se haya dado de alta dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su nacimiento y la Madre Asegurada cumpla con 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza al momento del nacimiento o de Antigüedad Reconocida.

Se cubre el trasplante de ligamentos y tendones de origen cadavérico, por Accidentes o Enfermedades cubiertas de rodilla y hombro, realizado únicamente en Hospitales certificados y por Médicos especialistas con recertificación vigente de acuerdo con la definición de Médico de estas mismas condiciones. Dicho dispositivo deberá cumplir con la Legislación y Regulación Sanitaria correspondiente para validación de su origen.

Los trasplantes de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (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.

Este beneficio únicamente se pagará mediante programación de cirugía.

No se cubren los gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos ni importación de la córnea, células y/o tejidos para el trasplante.

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

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 *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) y no se traten de un Tratamiento y/o Intervención definido como Tratamiento en investigación por la Ley General de Salud.

Se cubren los gastos generados por el protocolo pretrasplante 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 postrasplante del Asegurado receptor.

No se cubren los gastos administrativos ni de importación, preservación y conservación de las células troncales hematopoyéticas para trasplantar.

9. Dispositivos médicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Dispositivo Médico que se requiera a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, siempre y cuando se encuentren medicamente indicados para el Tratamiento que requiera el Asegurado. Estos deberán contar con registro sanitario vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y permiso de comercialización en México.

La Compañía podrá realizar el pago del servicio programado para estos Dispositivos Médicos, siempre que el Asegurado demuestre la indicación médica y el beneficio en su Tratamiento.

Para tal efecto, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) los clasifica de la siguiente forma:

1. Equipo Médico

a. Equipo médico dentro del hospital:

Se cubren los gastos por el equipo médico necesario para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia hospitalaria, cuando estos sean indicados por el médico tratante.

b. Equipo médico fuera del hospital:

Se cubre la renta o compra del Equipo Médico necesario indicado por el Médico tratante 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 se encuentre justificado por el Accidente o Enfermedad cubierto y el servicio 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 que lo requiera hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado y deberá devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

Para Equipo Médico siempre aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento). **En esta cobertura no aplica el Tope de Coaseguro contratado.**

2. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Prótesis, órtesis y Ayudas Funcionales que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando tengan aprobación previa de la Compañía, sean indicados y justificados por el Médico tratante, cuenten con registro sanitario, permiso de comercialización en México y no sean definidos como Tratamiento en investigación conforme a la definición de este Contrato de Seguro.

- Se consideran como Ayudas Funcionales los siguientes dispositivos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales y/o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, auxiliares ventriculares internos, implante coclear y bombas de infusión de insulina.
- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del Dispositivo medicamente indicado, así como del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso. Si el dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá 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 cubrir el costo de la reposición y los gastos derivados de la recolocación serán cubiertos por la Compañía.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el dispositivo durante el tiempo que lo requiera y deberá ser devuelto a la Compañía al finalizar el uso de este.

No se cubren los gastos generados por los reemplazos, recambio, reposiciones, ajustes y/o revisiones de las prótesis, órtesis o ayudas funcionales.

3. Agentes de diagnóstico

Se cubrirán los 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.

4. Materiales quirúrgicos y de curación

a. 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 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y que tengan licencia de comercialización en México.

b. Fuera del hospital

Se cubren los materiales quirúrgicos y de curación fuera del hospital que sean utilizados por el médico tratante, que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y que tengan licencia de comercialización en México.

5. Insumos de uso odontológico y 6. Productos higiénicos

La clasificación de los Dispositivos Médicos de uso odontológico y productos higiénico no serán cubiertos, excepto lo mencionado en la cobertura 10. Tratamiento dental por Accidente.

10. Tratamiento dental por Accidente

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

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

11. Nariz y/o senos paranasales por Accidente

Se cubren los gastos derivados de lesiones en nariz y/o senos paranasales solo por Accidente, siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 (noventa) días a la fecha del Accidente.

Cuando el Asegurado tenga menos de un año de Antigüedad en la Póliza, se aplicará un Coaseguro de 70% (setenta por ciento); cuando el Asegurado tenga como mínimo un año de Antigüedad, se le aplicará 50% (cincuenta por ciento) de Coaseguro.



12. Práctica amateur de deportes

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes de forma ocasional y no profesional, es decir, no recibe remuneración a cambio de dicha práctica, **con excepción de lo mencionado en la exclusión 36.**

13. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional que médicamente sea necesario, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto.

Para el caso de:

- Ambulancia terrestre: aplica el Coaseguro y Suma Asegurada indicados en la carátula de póliza.
- Ambulancia aérea: el Coaseguro será de 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo y el monto máximo de Suma Asegurada para este beneficio es de 40 UMAMS.

Esta cobertura no aplica 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.

14. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)

Quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Emergencia Médica por algún Accidente o Enfermedad cubierta, mientras se encuentre en viaje, fuera de la República Mexicana.

Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la cláusula 19. Zona de Cobertura del apartado Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro, 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 quedara sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la República Mexicana.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Eventualidad 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 médicas y servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.
 - c. Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

Todos los suministros:

- Deben estar relacionados con el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto.
- La indicación para la cual fue aprobado el uso del suministro debe estar especificada por la FDA (*Food and Drug Administration*) de los Estados Unidos de América: <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>.
- Los suministros 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 médico, 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

La Suma Asegurada para esta cobertura es de 50,000 USD (cincuenta mil dólares americanos).

Deducible

El Deducible para esta cobertura es de 50 USD (cincuenta 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.

Pago de honorarios

Se pagará con base al tabulador UCR (Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado).

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 y/o servicio de enfermería fuera del Hospital.

15. Medicina Alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por Tratamientos quiroprácticos para control del dolor crónico derivado de un Accidente o Enfermedad cubierto.

Se cubrirán los honorarios de profesionistas que cuenten con cédula profesional, conforme al Tabulador contratado en lo correspondiente a Consulta de Médico general.

b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los 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 póliza y Certificado individual.

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

1. Queda amparado a partir de 4 (cuatro) meses cumplidos

1.1. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 4 (cuatro) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado individual hasta la fecha en que se presente la complicación:

1. Embarazo extrauterino.
2. Embarazo molar.

2. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses cumplidos

2.1. Ayuda por maternidad

La Compañía pagará la Suma Asegurada por cesárea especificada en la carátula de póliza y Certificado individual, siempre y cuando esta sea la primera en la vida de la Asegurada y tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua desde de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado individual hasta la fecha en que se practique la cesárea.

2.2. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado individual hasta la fecha en que se presente la complicación:

1. Los estados de fiebre puerperal.
2. Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
3. Placenta ácreta.
4. Placenta previa.
5. Atonía uterina.

2.3. Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

Se cubren desde el primer día de nacido los gastos por Tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido inmaduro o prematuro, Enfermedades genéticas, Enfermedades congénitas, talla baja, así como Accidentes o Enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado individual y se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago del Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s).

3. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses cumplidos

Se cubren, a partir de los 12 (doce) meses de cobertura continua desde la Fecha de Ingreso del Asegurado afectado establecida en el Certificado individual, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 3.1. Litiasis renal y urinaria y Enfermedades en vías urinarias, hasta un límite de 26 UMAM.
- 3.2. Enfermedades ginecológicas, **excepto glándula mamaria.**
- 3.3. Enfermedades de columna vertebral, **excepto hernias de disco.**
- 3.4. Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.
- 3.5. Enfermedades del piso pélvico.

Para el caso de un recién nacido con Beneficio AXA, no aplica el Periodo de Espera de 12 (doce) meses cumplidos.

4. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses cumplidos

Se cubren, a partir de los 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua desde la Fecha de Ingreso del Asegurado afectado establecida en el Certificado individual, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 4.1 Enfermedades de glándulas mamarias.
- 4.2 Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- 4.3 Amigdalitis y adenoiditis.
- 4.4 Hernias (incluyendo hernias de disco), eventraciones.

Para el caso de un recién nacido con Beneficio AXA, no aplica este Periodo de Espera de 24 (veinticuatro) meses cumplidos.

IV. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo, quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos que sean médicamente necesarios, indicados y justificados por un Médico, siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante.

Se cubren los gastos correspondientes de acuerdo con la cláusula de Periodo de Beneficio y las condiciones y límites especificados en la carátula de póliza y Certificado individual:

1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

De acuerdo con esta cláusula, se establece que los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera del territorio nacional y que se encuentren cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales de esta Póliza, serán amparados hasta los límites mencionados por esta cobertura, sujeto a las siguientes condiciones:

Residencia

Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la cláusula 19. Zona de Cobertura del apartado Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro, solo estarán protegidas bajo esta cobertura las personas que radiquen en forma permanente y cuyo domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

Participación del Asegurado

Deducible y Coaseguro. Invariablemente se aplicará tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de esta Póliza.

Pago de Reclamaciones

Esta cobertura funciona en la forma tradicional de Reembolso y tiene la opción de ser utilizada como Pago Directo.

Sistema de Pago Directo

En caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, Vigencia de la Póliza, Endosos especiales, altas de Asegurados, pagos, etc. Si procede la reclamación, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.

Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la Póliza en atención médica en el extranjero en los que:

- El servicio médico se hubiera proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieron en convenio con la Compañía;
- Por la situación del internamiento (falta de documento, duda en cuanto a la Vigencia de la Póliza, coberturas, alta de Asegurados, pagos, etc.), no se hubiere autorizado el Pago Directo.

Gastos Cubiertos

1. Cuarto semiprivado y alimentos del paciente.
2. Médicos y Cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.
3. Anestesiólogo (honorarios profesionales).
4. Suministros en el Hospital (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).
5. Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarios para el tratamiento médico. Queda excluida la reposición de aparatos de Prótesis.
6. Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad hacia o desde el Hospital).

-
7. Enfermera privada.
 8. Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
 9. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital que estén relacionados con el Padecimiento y acompañados de la receta médica.
 10. Renta de Equipo tipo Hospital que, por Prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

Exclusiones particulares

- a. **Los Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura, independientemente de la Antigüedad de la cobertura básica.**

Para las pólizas anteriores a esta o de otra compañía que contaban con la cobertura en el extranjero y que no tuvieran periodos al descubierto, se respetará la Antigüedad de esta, tomándose como fecha original la de la primera emisión de la cobertura en el extranjero.

- b. La operación cesárea y el parto natural.
- c. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
- d. Adicionalmente a las exclusiones de esta cláusula y a las limitaciones mencionadas en las presentes Condiciones Generales y Endosos especiales, no se amparará lo mencionado en el apartado III. Cobertura básica inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera.
- e. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni Modificaciones y con aplicación para esta cobertura.

2. Paquete de Beneficios Adicionales

Mediante la contratación de esta cobertura adicional, la Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos médicos erogados de las siguientes coberturas:

a) Accidentes Personales

La compañía pagará la Suma Asegurada establecida en la carátula de póliza y Certificado individual, en caso de muerte o pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado mayor de 12 (doce) años, a consecuencia de un Accidente, siempre que la muerte o pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo.

Tratándose de pérdidas orgánicas, el pago de la Suma Asegurada se efectuará conforme a la siguiente tabla:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La pérdida significará:

- En cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por anquilosis o la separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.
- En cuanto a los dedos pulgar e índice, la anquilosis o la separación de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma.

En caso de sufrir varias de las pérdidas arriba especificadas, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá el límite establecido para este beneficio.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de este beneficio para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

Los Beneficiarios para el caso de muerte accidental, serán:

- El cónyuge o concubino(a), a falta de este la primera persona que acredite a la Compañía su calidad de hijo del Asegurado; en su defecto, a la primera persona que acredite su calidad de padre o madre del Asegurado.
- A la sucesión del Asegurado.

Pago de indemnizaciones

La indemnización que resulte procedente conforme al presente Contrato de Seguro será pagada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que fueran entregadas las pruebas correspondientes a la Compañía.

Exclusiones particulares

1. Estos beneficios no se cubren si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son derivadas de:

- **Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico, cuando este no sea necesario a consecuencia de un Accidente.**
- **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa que lo provoque.**

-
- **Hernias y eventraciones que no sean consecuencia de un Accidente.**
 - **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto los accidentales.**
 - **Guerra, terrorismo, rebelión, revolución o insurrecciones.**
 - **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
 - **Riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
 - **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
 - **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
 - **Accidentes o lesiones que por culpa del Asegurado sufra como consecuencia de encontrarse este bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un Médico.**
 - **Muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el asegurado estando bajo la influencia del alcohol o cualquier otro tipo de sustancia o droga. Esta exclusión es aplicable aun cuando no exista culpa o negligencia por parte del asegurado.**
 - **Muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el asegurado estando bajo la influencia de cualquier tipo de droga, enervante, estimulante o sustancia similar, excepto cuando hayan sido prescritas por un médico.**
- 2. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

b) Accidentes Personales en Viajes Aéreos

La compañía pagará la Suma Asegurada establecida en la carátula de póliza y Certificado individual, en caso de muerte o pérdidas orgánicas que sufra el Asegurado mayor de 12 (doce) años, a consecuencia de un Accidente aéreo, siempre que la muerte o pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo.

Este beneficio surtirá efecto, únicamente al verificarse alguno de los siguientes supuestos, cubriendo el que ocurriere primero:

- a. Mientras se encuentre como pasajero subiendo, a bordo o bajando del aeronave en que hará el viaje, siempre que sea operado por una línea aérea establecida y a la cual le haya otorgado licencia para el transporte de pasajeros la autoridad competente del país y cuyo registro ostente.
- b. Como consecuencia de estar expuesto a los elementos naturales, después de un aterrizaje forzoso o destrucción del aeroplano en que se haga el viaje.

-
- c. Mientras se encuentre en algún lugar donde se provea al Asegurado de comida y albergue, siempre que los gastos por estos conceptos sean por cuenta de la línea aérea.

No invalidará este beneficio cualquier cambio en los puntos de salida o de destino del aeronave en el cual el Asegurado haga el viaje al amparo del boleto de transportación.

- d. Después de 2 (dos) años de la desaparición del Asegurado como consecuencia de un Accidente aéreo, siempre y cuando se presente el documento que lo acredite conforme a la legislación aplicable.

Exclusiones particulares

En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años o esté sujeto a interdicción queda expresamente establecido que se excluye el riesgo de muerte de esta cobertura, la cual comprenderá únicamente las demás indemnizaciones que se mencionan en este beneficio.

c) Gastos Funerarios

Este beneficio cubre los gastos funerarios que deban erogarse al ocurrir el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, hasta por el límite establecido en la carátula de la Póliza.

En caso de muerte del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto en el primer año de Vigencia de la Póliza o por Enfermedad cubierta a partir del segundo año de Vigencia, se cubrirán sus servicios funerarios en aquellas Agencias Funerarias que cuenten con convenio de Pago Directo con la Compañía, y de existir remanente de Suma Asegurada, este será pagado, previa comprobación del gasto efectuado, a:

- El cónyuge o concubino(a), a falta de este la primera persona que acredite a la Compañía su calidad de hijo del Asegurado; en su defecto, a la primera persona que acredite su calidad de padre o madre del Asegurado.
- A la sucesión.

Cuando el servicio lo proporcione alguna agencia funeraria con la cual no exista convenio, se considerará lo siguiente:

- a. El pago de servicio se hará por medio de Reembolso a la persona que acredite haber erogado el gasto.
- b. Se deberán presentar Certificado de defunción, Identificación del Asegurado fallecido y las facturas originales del servicio.
- c. La documentación deberá ser entregada en la oficina de la Compañía, para el pago respectivo, el cual equivaldrá al monto de las facturas presentadas por quien acredite haber efectuado el pago, con un límite establecido en la carátula de la Póliza.

De existir diferencia a favor de los Beneficiarios, entre la Suma Asegurada para este beneficio y el monto de las facturas presentadas, esta será pagada a :

- El cónyuge o concubino(a), a falta de este la primera persona que acredite a la Compañía su calidad de hijo del Asegurado; en su defecto, a la primera persona que acredite su calidad de padre o madre del Asegurado.

- A la sucesión.

Para el caso de los menores entre 0 (cero) y 12 (doce) años de Edad solo se reembolsará el importe de las facturas originales que se presenten por los servicios funerarios y la Suma Asegurada para los menores entre 0 (cero) y 12 (doce) años de Edad no podrá ser superior a 60 UMAM.

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

d) Servicios de Asistencia en el Extranjero

Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas Condiciones Generales serán válidos en todo el mundo a partir de una distancia de 100 km del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, excepto dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

1. Servicios de Asistencia Médica

1.1. Gastos Médicos y de Hospitalización

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 U.S. Dólares por Viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 U.S. Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

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

1.2. Gastos Dentales

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 U.S. Dólares.

1.3. Gastos de Hotel por Convalecencia

La Compañía de Asistencia pagará 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, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y por el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia.

Este beneficio está limitado al equivalente en Moneda Nacional a \$100 U.S. Dólares por día con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos.

1.4. Traslado Médico

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

- a. El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano y si fuera necesario por razones médicas.

-
- b. El traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia Aérea, avión de línea comercial o Ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo con las heridas o lesiones que presente el Beneficiario.
 - c. Si las condiciones médicas permiten su traslado o repatriación, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia 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 la Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

1.5. Repatriación o Traslado a Domicilio

Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del Médico tratante y del Equipo Médico de la Compañía de Asistencia, no puede regresar a su Residencia Permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, la Compañía de Asistencia organizará su repatriación o traslado por avión de línea comercial y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Beneficiario, si el que este tuviera no fuese válido.

1.6. Boleto Redondo para un Familiar

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

1.7. Repatriación en caso de Fallecimiento/Entierro Local

En caso de Fallecimiento del Beneficiario, la Compañía de Asistencia realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

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

1.8. Regreso Anticipado al Domicilio

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

2. Asistencia Personal

2.1. Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales

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

2.2. Asistencia Administrativa

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

2.3. Transmisión de Mensajes

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

Para este servicio d) Servicios de Asistencia en el Extranjero, aplica lo especificado en el apartado VII. Servicios de Asistencia (proveedor de asistencia).

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

3. Cobertura de Maternidad

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a contratación de este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura a continuación detallada de forma adicional a las coberturas especificadas en el apartado III. Cobertura básica de las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

1. Parto Normal

Se cubre la maternidad por parto normal, con un Periodo de Espera de 10 meses de cobertura continua, contados a partir de la fecha de Ingreso de la Asegurada establecida en el Certificado individual.

Estarán cubiertos los gastos médicos o quirúrgicos y de Hospitalización por maternidad, que comprende parto normal, para el Asegurado Titular o la cónyuge, con una Suma Asegurada tope estipulada para este beneficio en la carátula de la Póliza y Certificado individual y no aplica Deducible ni Coaseguro.

Esta cláusula modifica al punto 7. de la sección V. Exclusiones (gastos no cubiertos).

2. Cesárea

Se cubren todas las cesáreas en la vida de la Asegurada Titular o la cónyuge Asegurada, con el límite establecido para este beneficio en la carátula de la Póliza y Certificado individual, no aplicará Deducible ni Coaseguro.

El Periodo de Espera de esta cobertura es de 10 (diez) meses a partir de la Fecha de Ingreso de la Asegurada en la póliza. Esta cláusula modifica el punto 2.1. Ayuda por maternidad del apartado III. Cobertura básica inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

Exclusiones Particulares

1. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

4. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios

Mediante la contratación de este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura:



La Compañía cubrirá los gastos médicos erogados durante la vigencia de esta Póliza, por los gastos complementarios a consecuencia de accidentes, enfermedades y/o padecimientos cubiertos, entendiéndose como gastos complementarios aquellos que derivan de tratamientos que de inicio fueron cubiertos y pagados en una Póliza Colectiva de Gastos Médicos Mayores a nombre del mismo Contratante, emitida por esta u otra institución de seguros y que sean erogados dentro de la vigencia de la presente póliza.

El límite de responsabilidad de la Compañía será exclusivamente por el remanente de Suma Asegurada, con un tope de:

- 200,000 M.N para pólizas con menos de 20 Asegurados.
- 500,000 M.N. para pólizas con más de 20 Asegurados y menos de 30 Asegurados.
- 3,000,000 M.N o el 85% de la Suma Asegurada Básica, lo que resulte menor, para pólizas con más de 30 Asegurados.

No se aplicará deducible para los gastos complementarios.

El Asegurado deberá presentar, adicional a la documentación para la reclamación, un documento emitido por la institución de seguros donde se cubrió el último gasto que contenga el remanente de Suma Asegurada. **En caso de no contar con esta documentación se cubrirá como un siniestro nuevo en caso de ser procedente.**

Exclusiones Particulares

1. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

V. Exclusiones (gastos no cubiertos)

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

- 1. Enfermedades Preexistentes.**
- 2. Accidente ocurrido o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descuberto.**
- 3. Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
- 4. Tratamientos en donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.**
- 5. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y enfermedades congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza.**
- 6. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**



-
7. Parto Normal, con excepción de lo especificado en la cobertura 3. Cobertura de Maternidad.
 8. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
 9. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madres para ser trasplantadas.
 10. Criopreservación de cordón umbilical.
 11. Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante, incluyendo todos los gastos del recién nacido.
 12. Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad y/o la natalidad y/o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.
 13. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida.
 14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.
 15. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.
 16. Enfermedades congénitas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.
 17. Enfermedades congénitas, genéticas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como maternidad asistida.
 18. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en la cobertura 2.3 Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
 19. 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.
 20. 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.
-

-
21. 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.
 22. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
 23. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
 24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica.
 25. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
 26. Los Tratamientos que se enlistan a continuación ni sus complicaciones aun cuando estas deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro:
 - 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.

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

27. Las siguientes terapias, cualquiera que sea su origen:
 - a. Rehabilitación psicomotora.
 - b. Rehabilitación neuro *feed-back*/neuroretroalimentación
 - c. Terapias de neuroestimulación.
 - d. Estimulación temprana.
 - e. Rehabilitación cognitiva.
 - f. Aprendizaje.
 - g. Ocupacionales.
 - h. Recreativas.
-

i. Vocacionales.

j. Neurolingüísticas.

k. Lenguaje.

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

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

29. Circuncisión.

30. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lente intraocular y anillos intracorneales.

31. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad, aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades cuyos gastos estén cubiertos.

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

33. Gastos generados por la compra de Medicamentos, dispositivos y/o insumos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el Médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación.

34. Gastos médicos derivados 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.

35. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.

36. 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.

-
37. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.
 38. Práctica de box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo y espeleología.
 39. Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales que sean originados por una Enfermedad.
 40. Diagnóstico, Tratamientos y sus complicaciones derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
 41. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra, derivadas de su participación en cualquier campeonato avalado por Federaciones Nacionales o Internacionales, así como los Accidentes o Enfermedades derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.
 42. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor.
 43. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar a los padres, hijos y cónyuge.
 44. Honorarios de médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.
 45. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico de la Enfermedad o Accidente cuyos gastos están cubiertos.
 46. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra.
 47. Atención de recién nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
 48. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aun por prescripción médica:
 - a. Fórmulas lácteas.
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.
-

-
- c. Medicamentos Vitamínicos y productos Multivitamínicos.
 - d. Cosméticos y dermatológicos.
 - e. Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - f. Medicamentos biológicos e insumos utilizados en Terapia celular.
 - g. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente o Enfermedad cubierto.
 - h. Fórmulas naturistas.
- 49. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en las coberturas 14. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y 1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME).
 - 50. Reposición y compostura de aparatos ortopédicos, prótesis y ayudas funcionales, así como aquellos Aparatos Ortopédicos, Prótesis y ayudas funcionales que sean Preexistentes a la contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
 - 51. Aparatos auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.
 - 52. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones o cualquier adición ortopédica al zapato, aun cuando sean indicados o justificados por un Médico.
 - 53. 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*.
 - 54. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura básica de las presentes Condiciones Generales.
 - 55. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o en alborotos populares, considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
 - 56. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
 - 57. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
 - 58. Tratamiento médico o quirúrgico de *hallux valgus* o «juanetes».
-

-
59. Prendas de vestir con propiedades terapéuticas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas y camisetas.
60. Medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos aplicados durante la estancia hospitalaria que no cuentan con registro sanitario en territorio nacional, ni tampoco con un permiso de importación específico y válido emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).
61. Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México.
62. 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 la cobertura 3. Cuidados en casa inciso a) Enfermería.
63. 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 Vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación.
- Este periodo de 30 (treinta) días no aplica en caso de Accidentes ni en Urgencias Médicas.
64. Tratamientos de magnetoterapia.
65. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un Médico.
66. Importación de corneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.
67. Procuración de corneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.
68. Tratamientos o Medicamentos en investigación.
69. Tratamientos para el caso de cáncer que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*.
70. Cirugía reconstructiva por Enfermedad.
71. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.
72. Gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos de transporte ni de importación de órganos y/o cornea, células y/o tejidos para el trasplante.
73. Tratamientos de terapia génica.
-

VI. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

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

- a. **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la Póliza quedarán cubiertos en el caso de Accidente, a partir de la fecha de Ingreso 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 Ingreso del Asegurado en la Póliza; este lapso no aplica cuando se trata de Renovaciones o Emergencias Médicas.
- c. La Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza y Certificado individual aplicará para cada uno de los Accidentes o Enfermedades cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado y no será reinstalable en ningún caso.

2. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

El Contratante selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a los hospitales que se encuentran en la gama en el momento que solicite la atención o Tratamiento Médico con los beneficios derivados de los convenios celebrados entre la Compañía y el Hospital, Clínica o Sanatorio. Existen 3 (tres) Gamas Hospitalarias, las cuales se muestran a continuación en orden y jerarquía descendente: Magno, Superior y Básico.

La Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificada en la carátula de póliza y Certificado individual.

La Compañía podrá cambiar o modificar en cualquier momento y sin previo aviso la Gama Hospitalaria, Clínica o Sanatorio. 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 Accidente o Enfermedad cubiertos, incurridos durante Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del Plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a. El agotamiento de la Suma Asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato de Seguro ha rebasado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de póliza y Certificado individual.
- b. El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado Renueva su Póliza de Seguro de Gastos Médicos Colectivos para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza o solicita un cambio de plan o cambio de producto y este sea aceptado por la Compañía, el periodo de beneficio aplicará en los términos establecidos en esta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra el Accidente o Enfermedad dentro de la Cobertura Básica.
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente o Enfermedad cubierto que haya afectado al Asegurado.

-
- d. En caso de cancelación del Contrato de Seguro, los gastos incurridos hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

4. 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 liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

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

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

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

5. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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

b. Notificaciones

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

6. Primas

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, de acuerdo con lo establecido en la carátula de póliza y Certificado individual.

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.

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 póliza y Certificado individual. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la carátula de póliza y Certificado individual, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Lugar de pago

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

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

7. 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 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 de presentar la Solicitud de cancelación previa identificación del Contratante, la Compañía entregará el número de folio correspondiente y dentro de los 20 (veinte) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se ingresó la solicitud de cancelación, se hará la devolución de la prima no devengada a través de transferencia electrónica u orden de pago.

8. Extinción de Obligaciones

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

En consecuencia, el Contratante expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial de conformidad con el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir

razonablemente que el Contratante y/o los representantes de estos disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

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

Al efecto, la Compañía notificará por escrito al Contratante la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

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

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

Bajo ninguna circunstancia, la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado la Extinción de Obligaciones de la Compañía, aun cuando se trate de un Siniestro diferente al que provocó la terminación anticipada.

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

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la Extinción de Obligaciones, pero devolverá al Contratante el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza. La Prima será devuelta al Contratante dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales posteriores a la fecha en que se haya notificado la extinción de obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

9. 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.

10. Procedimientos

1. Certificados individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado individual para que este se lo proporcione a los Asegurados de la Colectividad, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b. Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado;
- d. Nombre del Contratante;
- e. Nombre y fecha de nacimiento o Edad alcanzada del Asegurado;
- f. Fecha de Vigencia de la Póliza y del Certificado;
- g. Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h. Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades; y
- i. En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo con el seguro de que se trate, el artículo 19 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Registro de Asegurados

La Compañía entregará al Contratante el Listado de Asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante una relación que formará parte Asegurado del propio registro.

El registro contendrá la siguiente información:

- a. Nombre, Edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Asegurados de la Colectividad Asegurada.
- b. La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.

11. Altas

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

Para que los hijos nacidos con Beneficio AXA queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir con que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y, se notifique a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

En ambos casos 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.

12. Bajas

En caso de solicitar la Baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza o disminución de beneficios, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante. La Baja aplicará a partir de la fecha de la solicitud de la misma y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose 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.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado Titular que:

- a. Contraigan matrimonio.**
- b. Cumplan 25 años de Edad.**

15. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante 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, mediante el cambio de plan, podrá optar por modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Gama Hospitalaria.
- Tabulador.
- Altas o Bajas de Coberturas adicionales con costo.

Para solicitar dichos cambios, el Contratante deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios y deberá llenar y firmar la Solicitud.

La Compañía puede o no aceptar dicho cambio de plan de acuerdo con las políticas de cambio de plan vigentes.

En caso de que el Asegurado solicite un 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).

13. Cambio de Contratante

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

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta No Devengada.

14. Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza.

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima se le aplicará un recargo por pago fraccionado que se estipula en la carátula de póliza.

15. Examen Médico

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa 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 a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de la Enfermedad evaluada en el Examen Médico que se le haya aplicado para tal Enfermedad y que no hubiese sido diagnosticada en el citado Examen Médico.

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

16. Renovación

Este Contrato tendrá vigencia de un año renovable por periodos de igual duración. Dicha renovación se realizará a petición del Contratante dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo.

La renovación del Contrato de Seguro se otorgará en los términos y condiciones pactados con el Contratante al momento de la renovación.

La Renovación otorga el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a. Respetando la Fecha de Ingreso del Asegurado con la Compañía.**
- b. Sin requisitos de Asegurabilidad y;**
- c. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.**

En cada renovación se actualizará la Prima, los montos de Deducible, Suma Asegurada, Coaseguros y Topes de Coaseguro.

Asimismo, la Compañía se compromete a que dicha Renovación se realizará con productos que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de la práctica actuarial.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la Renovación de este Contrato debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 21. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

17. Rehabilitación

En caso de que este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 10. Primas, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

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

Para que la Compañía otorgue al Contratante la Rehabilitación es necesario que este pague la prima del Periodo al Descubierto que corresponde al costo de Rehabilitación.

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

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

18. Prescripción

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

Asimismo, el término de la Prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

19. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

En caso de contratar con alguna de siguientes coberturas: Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME), 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 la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME) 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 AXA 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.

Para efectos de este Contrato de Seguro solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante tiene 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 los mismos.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

20. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Moneda Nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo con la Moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8 de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

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

21. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

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

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

22. Agravación del Riesgo

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

Derivado de lo anterior, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 52, 53 fracción I, 54, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, por agravación esencial del riesgo, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

23. Competencia

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

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

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

En el supuesto que el Contratante o Asegurado Titular así lo determinen, podrá hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la cláusula 31. Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Generales.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

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

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

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

Para consultar otras oficinas de atención en el país, ver:

axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios

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

Registro electrónico de comentarios: **axa.mx/web/servicios-axa/quejas**

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: **800 999 8080**

En la Ciudad de México: **55 53 40 0999**

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, México.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país, ver:

www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención

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

24. Edad

- a. La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.
- b. 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 de acuerdo con lo establecido en los artículos 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.
- d. Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la Edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la prima resulte mayor, el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

25. Siniestros

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

En toda reclamación, el Contratante o Asegurado Titular deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen; los informes médicos y estudios relacionados con el 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, de acuerdo con lo siguiente:

- a. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Enfermedad derivada de un 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 reclamante deberá dar aviso a la Institución de Seguros tan pronto como cese el impedimento.
- b. Para proceder al pago de la Cobertura de Apoyo Psicológico por robo con violencia o violación, es requisito indispensable que el reclamante adjunte la copia simple de la denuncia de hechos presentada ante el Ministerio Público competente.

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

- a. El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b. El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 20. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

26. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Siniestro, 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 y/o la necesidad de Tratamiento de ambos lados. Se aplicará un Deducible por cada lado si el diagnóstico inicial y/o el Tratamiento se establecen en diferentes momentos.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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 en consideración para cubrir el monto de Deducible, debiendo presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la erogación de dichos gastos.

Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

Por Enfermedad

- a. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado y que se utilicen los Prestadores en Convenio (Médico y Hospital) a través de Pago Directo:

Deducible: de la Póliza - \$2,500

Coaseguro: de la Póliza - 10%

- b. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, a través de Pago por Reembolso:

Deducible: de la Póliza

Coaseguro: de la Póliza

Por Accidente

- a. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, se utilicen los Prestadores en Convenio o en caso de que el Médico no se encuentre en convenio con AXA, pero se ajuste a los honorarios médicos, a través de Pago Directo:

Deducible: \$0

Coaseguro: 0%

- b. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, a través de Pago por Reembolso:

Deducible: \$0

Coaseguro: 0%

- En caso de no acudir con los Prestadores en Convenio (Hospital y Médicos), el Deducible y el Coaseguro se aplicarán de acuerdo con las cantidades establecidas en la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos y el pago se realizará vía Pago por Reembolso.
- Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de menor Gama Hospitalaria a la contratada, se reducirán 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado, sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria, manteniendo el Tope de Coaseguro contratado.
- Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de mayor Gama Hospitalaria a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria de acuerdo con la siguiente tabla y sin aplicar Tope de Coaseguro:

	Nivel Hospitalario donde se atendió el Servicio Médico		
Nivel Hospitalario Contratado	Magno	Superior	Básico
Magno	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado
Superior	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado
Básico	Aumento de 30 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Aplica Coaseguro contratado

- Todos los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que no formen parte de los Prestadores en Convenio se aumentarán 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado y no aplicará Tope de Coaseguro.

Siniestros iniciales

Los gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de 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 póliza al momento de la erogación del gasto, siempre y cuando el Contratante no haya solicitado un cambio de Plan.

En caso de que el Contratante haya realizado un cambio de Plan, y este sea aprobado por parte de la Compañía, los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con la Gama Hospitalaria, Tabulador, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, coberturas adicionales y Endosos estipulados en la Póliza en la Vigencia que corresponde al momento la erogación del nuevo gasto, considerando los cambios solicitados.

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 bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

26.1. Aplicación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada iniciará desde la fecha del gasto más antiguo Procedente ingresado a la Compañía para cada Accidente, Enfermedad cubierta, 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 el monto erogado desde que se abrió el Siniestro en esta Compañía.

26.2. Aplicación de Deducible

Siniestro Inicial

El monto de Deducible se fija en el momento en el que los gastos rebasen el Deducible estipulado en la Póliza. Es decir, el Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto; y una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización y/o ajuste a menos que exista Cambio de Plan.

Pago de complementos

En caso de solicitar un cambio de Deducible y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior se reconocerá a cuenta de Deducible, el monto pagado por este concepto en dicha Póliza, es decir, el Asegurado deberá cubrir el monto del nuevo Deducible y la Compañía tomará en consideración el monto aplicado por concepto de Deducible en la Póliza anterior; si el monto fuera mayor, no se reembolsará el monto por este concepto.

26.3. Aplicación de Coaseguro

Siniestro Inicial

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes en cada Siniestro cubierto 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 póliza. El Tope de Coaseguro que aplicará será el vigente en el momento que el monto por este concepto sea rebasado.

Pago de complementos

Aplica Coaseguro hasta que el monto por este concepto rebase el Tope de Coaseguro vigente en ese momento.

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, se considerará a cuenta de Coaseguro lo aplicado previamente hasta que el monto por este concepto rebase 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.

27. Interés Moratorio

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

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, conforme al artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta con los límites que la misma Ley establezca.

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

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

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

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 en su domicilio la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que este a través de un Arbitraje privado decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de una Enfermedad Preexistente.

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

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

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

30. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en 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 desee consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la carátula de Póliza y Certificado individual, 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 que la Compañía no responderá de manera alguna por cualquier deficiencia o falla en la práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, que pueda surgir entre ellos. El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional y servicio de asistencia contratado.

32. Subrogación

La Compañía, con fundamento en el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato Seguro, quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan al asegurado o beneficiario hasta el límite de los gastos erogados y pagados en afectación de esta póliza de seguro, contra los terceros en razón del siniestro, es decir, en contra de 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 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.

VII. Servicios de Asistencia (Proveedor de asistencia)

I. Definiciones

Siempre que en este apartado se utilicen con la primera letra en mayúscula los términos definidos a continuación, tendrán el significado que aquí se les atribuye.

a. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de Alta en la Póliza.

b. Equipo Médico de proveedor de asistencia

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del proveedor de asistencia a un Beneficiario.

c. Familia Asegurada

Asegurados que estén dados de Alta en la Póliza.

d. Invitado de la Familia Asegurada

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

e. Personal Doméstico

Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado y que hayan sido contratadas 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.

f. Representante

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

g. Servicios de Asistencia

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

h. 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.

i. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en este apartado se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

j. 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.

k. País de Residencia

Para fines de este Contrato de Seguro, República Mexicana.

l. Residencia Permanente (Domicilio)

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

II. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza

Tu médico 24 horas®

a. Asistencia Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos del proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para Programar el envío de una Ambulancia terrestre.

b. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

El proveedor de asistencia gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano, si el equipo médico del proveedor de asistencia 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 de médicos del proveedor de asistencia.

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

c. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

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

El proveedor de asistencia proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en los demás lugares, el proveedor de asistencia hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

A solicitud del Asegurado, el Prestador de Servicios de Asistencia gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre al momento de solicitarlo y aplicará un copago por atención.

d. Asistencia nutricional telefónica

El proveedor de asistencia 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.

e. Asistencia psicológica telefónica

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

III. 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 el proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el proveedor de asistencia 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 del proveedor de asistencia, 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 del proveedor de asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

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

c. Imposibilidad de notificación al proveedor de asistencia

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo del proveedor de asistencia, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, el proveedor de asistencia 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 a fin de notificar la situación.

Uso de Ambulancia terrestre sin previa notificación al proveedor de asistencia

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una Ambulancia terrestre sin previa notificación al proveedor de asistencia, 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, el proveedor de asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

Hospitalización sin previa notificación a la Compañía de Asistencia

En caso de Accidente o Enfermedad que conduzca a la Hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberán contactar con la central de alarma de la Compañía de Asistencia a más tardar dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al Accidente o inicio de la Enfermedad.

A falta de dicha notificación, la Compañía de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

d. Solicitud en caso de Traslado Médico y Repatriación

En los casos de Traslado Médico o Repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

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

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra, **si se negara dicho acceso por causas imputables al Beneficiario, este perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.**

En cada caso, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia decidirá junto con el Médico tratante cuándo sea el momento más apropiado para el traslado o repatriación y determinará las fechas y los medios más adecuados para estos.

En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por la Compañía de Asistencia, el Beneficiario, si está a su alcance, deberá entregar a la Compañía de Asistencia la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si hay lugar, la Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

IV. Normas generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d. Subrogación

El proveedor de asistencia 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.

V. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.**
- II. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- III. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne el proveedor de asistencia**
- IV. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- V. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de asistencia.**
- VI. Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.**
- VII. 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 y/o granizo.**

-
- c. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
 - d. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
 - e. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.
 - f. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
 - g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - h. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o las buenas costumbres.
 - i. Traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios de cesárea.
 - j. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
 - k. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - l. Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.
 - m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.
 - n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
 - p. La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
 - q. Lesiones o 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 y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
-

-
- t. **No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.**
 - u. **La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certificuyo 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.**

VIII. Significado de Abreviaturas

- CAME: Cobertura de Atención Médica en el Extranjero.
- GMM: Gastos Médicos Mayores.
- USD/U.S.: Dólares.
- M.N.: Moneda Nacional.
- N/A: No Aplica.
- Max.: Máximo.
- Hrs: Horas.
- Art.: Artículo.
- C.P.: Código Postal.
- DSM: *Diagnostical and Stadistical Manual of Mental Disorder.*
- FDA: *Food and Drug Administration.*
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual
- UNE: Unidad Especializada de Atención a Clientes.
- Condusef: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- Cofepris: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- NCCN: *National Comprehensive Cancer Network.*

IX. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0048-0028-2021.



Llámanos sin costo
800 911 9999
axa.mx