



Family Protection



Insurance
Services



SALUD | FAMILY PROTECTION

 **ÍNDICE**

I. DEFINICIONES	3
II. SEGURO FAMILY PROTECTION	
II.1 COBERTURAS	4
II.2 EXCLUSIONES GENERALES.....	4
II.3 CLÁUSULAS GENERALES.....	5
II.4 ASISTENCIA MÉDICA PCE.....	8
II.5 EXCLUSIONES	12
II.6 ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES.....	12
II.7 ABREVIATURAS	17



FAMILY PROTECTION

Individual / Familiar

I. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato se consideran las siguientes definiciones:

Compañía: Toda mención en adelante de la Compañía se refiere a AXA Seguros, S.A. de C.V.

Contratante: Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

Asegurado: Es aquella persona incluida en la Póliza para obtener los beneficios del Seguro.

Asegurado Titular: Es aquella persona asegurada que firma como responsable de la Póliza en la solicitud.

Dependientes Económicos: Se consideran Dependientes Económicos del Asegurado Titular al cónyuge o concubinario, que posee tal carácter conforme a la Ley del Orden Común que resulte aplicable a los hijos solteros menores de 25 años que no tengan ingresos por trabajo personal o a los ascendientes en línea recta del Asegurado Titular.

Familia Asegurada 1: Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos (cónyuge o concubinario e hijos).

Familia Asegurada 2: Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos (ascendiente en línea recta).

Beneficiario(s): Es(son) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado Titular para recibir el beneficio del Seguro, en caso de fallecimiento de éste.

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevista, súbita y violenta, que produzca lesiones corporales o cause la muerte en la persona del Asegurado. No se consideran Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, se consideran como un solo evento.

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento

médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Suma Asegurada de Muerte Accidental: Límite máximo de responsabilidad de La Compañía para el Asegurado Titular a consecuencia de un Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua.

Suma Asegurada de Reembolso de Gastos Médicos: Límite máximo de responsabilidad de La Compañía para la Familia Asegurada a consecuencias de un Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua.

Deducible: Los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite estipulado en la carátula de la Póliza por cada Accidente Cubierto.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico General, Médico Especialista, Cirujano u Homeópata.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Hospitalización: Es la estancia continua en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento; a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Endoso: Documento que modifica, el previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y que forma parte de éste.

Periodo de Espera: Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado para que se pueda cubrir una Enfermedad, de acuerdo a las especificaciones de la Póliza, las Condiciones Generales o Endosos.

Dólar: Moneda de curso legal en Estados Unidos de Norteamérica.



II. SEGURO FAMILY PROTECTION

Individual / Familiar

II.1 COBERTURAS

Este Seguro protege al Asegurado o a la Familia Asegurada de los accidentes que le ocurran durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Todas las coberturas se ofrecen como paquete, en ningún caso se ofrecerán de manera individual.

Muerte Accidental: La Compañía pagará al Beneficiario(s) la Suma Asegurada contratada de esta cobertura, si el Asegurado Titular fallece a consecuencia de un Accidente o dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

Reembolso de Gastos Médicos: La Compañía le reembolsará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si a consecuencia de un Accidente y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo se viera precisado a someterse a tratamiento médico, hospitalizarse, consumir medicamentos, o hacer uso de los servicios de enfermera o ambulancia terrestre, siempre y cuando los gastos rebasen el Deducible estipulado en la carátula de la Póliza.

Toda indemnización disminuirá la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza contratada. Cuando uno de los integrantes de la Familia Asegurada incurra en algún gasto, dicha indemnización se pagará conforme a los límites establecidos en la carátula de la Póliza al momento del siniestro. La Suma Asegurada es conjunta para toda la Familia Asegurada durante el periodo de vigencia de la Póliza.

La Compañía sólo pagará los servicios médicos que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares del Asegurado.

Reembolso de Gastos Médicos por Robo: La Compañía le reembolsará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si a consecuencia de un Robo con violencia sufre lesiones corporales que precisen el someterse a tratamiento médico, hospitalizarse, consumir medicamentos o hacer uso de los servicios de enfermera o ambulancia terrestre, siempre y cuando los gastos rebasen el Deducible estipulado en la carátula de la Póliza.

Toda indemnización disminuirá la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza contratada. Cuando uno de los integrantes de la Familia Asegurada incurra en

algún gasto, dicha indemnización se pagará conforme a los límites establecidos en la carátula de la Póliza al momento del siniestro. La Suma Asegurada es conjunta para toda la Familia Asegurada durante el periodo de vigencia de la Póliza.

La Compañía sólo pagará los servicios médicos que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares del Asegurado.

Reembolso Máximo: Los gastos que resulten de prótesis dental o cualquier otra clase de tratamiento de ortodoncia y ambulancia terrestre serán cubiertos hasta un límite del 15% y 5% respectivamente, de la Suma Asegurada de esta cobertura.

La responsabilidad de La Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos, tanto por Accidente como por Robo.

Las cantidades que se reembolsen por estos dos conceptos, disminuirán en igual cantidad la Suma Asegurada en este beneficio.

Edad: Como edad del Asegurado se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del Seguro o en su caso, a la fecha de renovación.

Edad Mínima: La edad mínima de admisión para la cobertura de muerte accidental es de 12 años.

Edad Máxima: La presente Póliza no ampara a personas cuya edad a la emisión de la Póliza fuera mayor a los 65 años. Para el caso de los Dependientes Económicos Ascendientes en línea recta no aplicará esta cláusula.

II.2 EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

A) SERVICIOMILITAR,ACTOSDEGUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.

B) ACTOSDELICTIVOSINTENCIONALES EN QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

2. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- A) AVIACIÓN PRIVADA EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA LA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS.
- B) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- C) CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES.
- D) PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ Y TAURAMAQUIA.
3. LOS SIGUIENTES EVENTOS:
- A) ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL.
- B) SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AUN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
- C) HERNIAS O EVENTRACIONES, EXCEPTO SI SON DE CARÁCTER ACCIDENTAL.
- D) ENVENENAMIENTOS DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI SON A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- E) ABORTOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA.
- F) INFECCIONES, CON EXCEPCIÓN DE LAS QUE RESULTEN DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL AMPARADA.
- G) INHALACIÓN DE GASES O HUMO, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL.
- H) RADIACIONES IONIZANTES.
- I) ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTABA BAJO LA INFLUENCIA DE ALGÚN ENERVANTE, ESTIMULANTE O SIMILAR, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO, ASÍ COMO LOS QUE SE ORIGINEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL, SI ESTE HECHO INFLUYÓ EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.
4. GASTOS INCURRIDOS POR ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO EN UN HOSPITAL O SANATORIO.
5. LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, EN EXHIBICIONES, CONTIENDAS Y/O PRUEBAS DE SEGURIDAD, VELOCIDAD Y/O RESISTENCIA.

II.3 CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato: Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía para obtención del Seguro en la solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, la Póliza y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del Contrato de Seguro.

2. Cobertura del Contrato: Los Asegurados inscritos en la presente Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza.

3. Residencia: Sólo estarán protegidas bajo este Seguro las personas que radiquen en forma permanente en la república mexicana.

4. Vigencia: Este contrato estará vigente durante el Periodo de Seguro pactado que aparece en la carátula de esta Póliza.

5. Renovación: Este Seguro se renovará tácitamente al término del mismo, salvo que el Asegurado exprese por escrito, con anterioridad a la fecha de vencimiento del contrato, su voluntad de no renovarlo. El pago de la prima, acreditado mediante el estado de cuenta de La Tarjeta donde se realice el cargo, un recibo extendido en las formas usuales de AXA Seguros, será prueba suficiente de tal renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad, a la fecha de renovación, estén fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

6. Moneda: Todas las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro, serán pagaderas en Moneda Nacional al tipo de cambio que publica el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Incremento Anual de inflación. La Suma Asegurada se incrementará de manera automática en cada aniversario de la póliza de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor anual (INPC). Este incremento anual se determinará con base en el INPC anual publicado en el



Diario Oficial de la Federación dentro de los primeros 10 (diez) días del mes de enero del año de vigencia de la Póliza.

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

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

8. Competencia: En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo 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 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior, dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la república mexicana: 01 800 737 7663 (opción 1)

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

Dirección:

Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, C.P. 03200,

E-mail: axasoluciones@axa.com.mx

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle Cd. de México, C.P. 03100, tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 8080, <http://www.gob.mx/condusef>, asesoria@condusef.gob.mx

9. Beneficiarios: El Asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar Beneficiarios por escrito o por cualquier otro medio indubitable reconocido por la legislación mercantil vigente a La Compañía, la nueva designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Compañía pagará al último Beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contratadas en esta Póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo al Beneficiario y a la Empresa aseguradora por escrito o por cualquier otro medio indubitable reconocido por la legislación mercantil vigente.

Si sólo hubiere designado un Beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe de Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Si existiendo varios Beneficiarios falleciera alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada, se distribuirá por partes iguales a los sobrevivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa en el contrato.

10. Modificaciones y Notificaciones: Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos sólo podrán modificarse con previo acuerdo entre el Contratante y La Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito o por cualquier otro medio indubitable reconocido por la legislación mercantil vigente, en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes, o cualquier otra persona no autorizada de La Compañía, carecen de

facultad para hacer modificaciones o concesiones.

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

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de La Compañía llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida se procederá conforme a lo señalado por el Artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

11. Primas: En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El contratante debe pagar la prima de manera mensual, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, entre el Contratante y la Compañía en la fecha de celebración del Contrato.

La prima, o cada una de sus fracciones, vencerán al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer pago, para el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el Seguro continuará en pleno vigor. Para los pagos subsecuentes al primero, en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de vigencia de cada recibo. Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. El pago de primas se realizará con cargo automático a La Tarjeta referenciada por el Asegurado para este efecto. En caso de que La Tarjeta no esté vigente y/o al corriente en sus pagos y por ende el cargo no pueda ser efectuado automáticamente, será responsabilidad del Asegurado realizar el pago de la póliza.

Además, no se generarán recibos debido a que:

- Si es con cargo automático, el comprobante de cada parcialidad será el propio cargo a La Tarjeta.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución, le informe del porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación

directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito en un plazo que no excederá diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

12. Indemnizaciones: Aviso: Cualquier Accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a La Compañía, dentro de los 5 días siguientes a su realización y entregar los documentos requeridos.

Pruebas: El reclamante presentará a su costa a La Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas de las pérdidas sufridas o los gastos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etcétera, los cuales en todo caso deberán de exhibirse en original.

Aviso a las autoridades: Para efecto del Reembolso de Gastos Médicos por Robo, el Asegurado deberá presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, tan pronto se encuentre libre de todo impedimento para hacerlo.

El Asegurado igualmente se obliga a cooperar con La Compañía para obtener la recuperación de los Gastos Médicos erogados por La Compañía.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación. La Compañía pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso contrario, la indemnización que resulte procedente, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Deducciones: Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. Cuando los gastos se hagan en Moneda Extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda Extranjera pagaderas en la república mexicana vigente al día de erogación de los gastos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación.



13. Otros Seguros: Si las coberturas aseguradas en esta Póliza estuvieran amparadas en todo o en parte, por otros seguros, en ésta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las Pólizas no excederán los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada Póliza, de acuerdo al contenido de los Artículos 100, 101 y 102 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los Aseguradores, así como las Sumas Aseguradas. Si el Asegurado omite injustificadamente el aviso, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los Aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

II.4 ASISTENCIA MÉDICA PCE

El Asegurado afectado recibirá los beneficios de Asistencia Médica definidos más adelante. La prestación de estos servicios será proporcionada por La Compañía a través de AXA Assistance México, empresa especializada en programas de asistencia.

Para fines de la cobertura Asistencia Médica PCE, se aplicarán las siguientes condiciones específicas para este apartado:

1. DISPOSICIONES PREVIAS

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes Condiciones Generales de este beneficio, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1.1 Definiciones

Compañía: Toda mención en adelante de La Compañía, se refiere a AXA Seguros, S.A. de C.V.

Compañía de Asistencia: Toda mención en adelante de La Compañía de Asistencia, se refiere a AXA Assistance México.

Programa Cliente Especial (PCE): Este término distingue a todos los Beneficiarios que están inscritos en un plan que les otorga los Servicios de Asistencia adicionales a su correspondiente Póliza **Family Protection**.

Beneficiario(s): El Asegurado Titular de **Family Protection** y los miembros de su Familia inscritos al PCE cuya Póliza sea válida, vigente y emitida por La Compañía, además será el personal de servicio doméstico del Beneficiario o invitados del Beneficiario

tal como se define en el beneficio 2.1 (b) de estas Condiciones Generales.

Enfermedad: Toda alteración en la salud del Beneficiario que suceda, se origine o se manifieste durante la vigencia de esta Póliza.

Equipo Médico de la Compañía: El personal médico y asistencial apropiado que gestiona los Servicios de Asistencia para un Beneficiario.

Familia: Cuando se mencione el término “Familia”, se referirá exclusivamente al Beneficiario y sus dependientes, que aparezcan dados de alta en la carátula de esta Póliza.

País de Residencia: Para fines de estas Condiciones Generales, los Estados Unidos Mexicanos.

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

Residencia Permanente: El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la Póliza.

Servicios de Asistencia: Los Servicios Asistenciales que gestiona La Compañía de Asistencia a los Beneficiarios en los presentes términos, para los casos de una Situación de Asistencia de un Beneficiario.

Situación de Asistencia: Todo Accidente o Enfermedad de un Beneficiario ocurridos en los términos y con las limitaciones establecidos en esta Póliza.

Personal Doméstico: Se entenderá por este término a las personas que laboran dentro del domicilio del Titular de la Póliza y que hayan sido contratados por algún miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes de la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia; con un máximo de 2 (dos) trabajadores domésticos.

1.2 Territorialidad

Los servicios que se mencionan en las presentes Condiciones Generales se gestionarán, en cualquier lugar de los Estados Unidos Mexicanos, desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario y hasta toda la república mexicana.

2. BENEFICIOS

2.1 Ambulancia por emergencia

En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad y/o Accidente tales que el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, en contacto con el médico que atiende al Beneficiario recomienden su hospitalización, La Compañía de Asistencia organizará y gestionará: El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano si fuera necesario por razones médicas:

- a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados incluyéndose sin limitación lo siguiente:

2.1.1 Beneficiario único en Kilómetro Cero: Opera si el traslado es necesario desde la Residencia Permanente del Beneficiario y hasta un radio máximo de 100 kilómetros a partir de ésta, sólo incluye: ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso.

2.1.2 Beneficio único en Viaje: Opera en toda la república mexicana, si el traslado se requiere a más de 100 kilómetros del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario se incluye: ambulancia aérea, avión de línea comercial, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso. El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia y el médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado. Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza.

- b) Si el Beneficiario requiere el envío de una ambulancia para personas no incluidas en la Póliza de Family Protection, tales como: personal doméstico al servicio del propio Beneficiario o invitados del Beneficiario, el traslado en la ambulancia será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Beneficiario.

Esta asistencia aplica para:

-Familia Asegurada: Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.

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

-Personal Doméstico: las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular 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.

Beneficios que operan en Kilómetro Cero y en Viaje en todos los Estados Unidos Mexicanos:

2.2 Asistencia Médica Telefónica: A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia orientará telefónicamente al Beneficiario sobre problemas menores o dudas con relación a:

- a) Utilización de medicamentos.
b) Síntomas o molestias que le estén aquejando.

Este servicio será proporcionado las 24 horas, los 365 días del año.

El Equipo Médico de La Compañía no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario, le dirigirá para:

- a) Enviarle la visita de un médico a domicilio.
b) Concertarle una cita con un médico en un centro hospitalario.
c) El envío de una ambulancia.

La Compañía de Asistencia no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas, por omisiones del Beneficiario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Esta asistencia aplica para:

-Familia Asegurada: Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.

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

-Personal Doméstico: las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular 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.



2.3 Consulta Domiciliaria

A solicitud del Beneficiario, la Compañía de Asistencia gestionará el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo. Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza. El Beneficiario pagará únicamente los primeros \$150 M.N., de cada visita domiciliaria al finalizar ésta, directamente al médico que le dio la atención. El Personal Doméstico tendrá derecho a esta cobertura siempre y cuando se encuentre en el domicilio del Titular de la Póliza indicado en la carátula de la Póliza. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios quedarán cubiertas hasta 60 días naturales siempre y cuando no sean en contra de la prescripción de algún médico.

Esta asistencia aplica para:

- Familia Asegurada: Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.
- Invitado de la Familia Asegurada: las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido invitadas por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
- Personal Doméstico: las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular 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.

2.4 Referencias Médicas y Hospitalarias

Cuando los Asegurados necesiten Asistencia Médica, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar. El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

1. Para una visita personal de un médico
2. Concertando una cita con un médico
3. En un centro hospitalario que será pagado por el Asegurado

El Prestador de Servicios de Asistencia no se hará responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas. Sin límite de evento.

2.5 Beneficios Adicionales

a) Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje. En caso de hospitalización del Beneficiario a consecuencia de Accidentes o Enfermedades ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, AXA ASSISTANCE gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado. Además AXA ASSISTANCE gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$1,000.00 pesos M.N. por día, durante 10 (diez) días naturales. Beneficiarios: la Familia Asegurada.

b) Gastos de hotel por convalecencia: AXA ASSISTANCE gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE. Este beneficio está limitado a \$1,000.00 pesos M.N. por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año. Beneficiarios: la Familia Asegurada.

2.6 Costos preferenciales Red Médica y Check Ups

a) Precios Preferenciales en Consultas con Médicos Generales (Médico Familiar en Consultorio)
Cuando el Beneficiario visite a un médico general, el Prestador de Servicios de Asistencia le referirá a obtener: todas las consultas a un costo preferencial para el Beneficiario dependiendo de la zona donde se proporcione el servicio. Aplica en las principales ciudades, puede variar en zonas fronterizas y turísticas.

b) Precios Preferenciales con Médicos Especialistas y Médicos Generales
Cuando el Beneficiario visite a un doctor especialista, el Prestador de Servicios de Asistencia le referirá a obtener: todas las consultas del primer nivel de atención o de segundo nivel de especialidad, tendrán un costo preferencial para el Beneficiario dependiendo de la zona donde se proporcione el servicio. Aplica en las principales ciudades, puede variar en zonas fronterizas y turísticas.

c) Descuentos y referencia de laboratorios clínicos
Cuando un Beneficiario necesite algún estudio de Laboratorio como Biometría Hemática, Química

Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno prostático, etc., el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia le aconsejará sobre los laboratorios más cercanos a su Residencia Permanente o donde el Beneficiario se encuentre. Los precios a los que acceda el Beneficiario serán preferenciales; es decir, con descuento entre el 10% y el 50% sobre los precios regulares dependiendo del lugar donde se realicen dichos estudios.

d) Descuentos y Referencia para Estudios Médicos de Gabinete y de Imagenología

Estudios de Gabinete (de acuerdo al listado proporcionado a través del call center y convenido con los proveedores), el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia le aconsejará sobre los gabinetes de imagen más cercanos a su Residencia Permanente o donde el Beneficiario se encuentre. Los precios a los que acceda el Beneficiario serán preferenciales; es decir, con descuentos entre el 10% y el 50% sobre los precios regulares, dependiendo del lugar donde se realicen dichos estudios.

e) Descuentos en Ópticas

Hasta el 15% de descuento en la red, aplica en las principales ciudades, puede variar en zonas fronterizas y turísticas.

f) Costo Preferencial en Servicio de Enfermería General a domicilio

Descuento que aplica variablemente del proveedor que depende del costo y/o número de servicios.

g) Asistencia Psicológica

Orientación Psicológica Ilimitada en Centro de Atención Telefónica con psicólogos en cabina (limitado a horarios de 9:00 a 18:00 de lunes a viernes, máximo 15 minutos de atención por llamada).

h) Asistencia Nutricional

Orientación Nutricional Ilimitada en Centro de Atención Telefónica con nutriólogos en cabina (limitado a horarios de 9:00 a 18:00 de lunes a viernes, máximo 15 minutos de atención por llamada).

3. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

3.1 Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de La Compañía de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde La Compañía de Asistencia podrá contactar al Beneficiario o a su Representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y sólo si tal acceso le es negado por causas imputables al mismo, La Compañía y La Compañía de Asistencia no tendrán obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

3.2 Ambulancia por Emergencia (Traslado Médico)

En los casos de traslado médico y para facilitar una mejor intervención de La Compañía 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 atiende al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende 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. Sólo si se negara dicho acceso por causas imputables al mismo, el Beneficiario perderá el derecho a los servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

3.3 Normas Generales

- a) **Mitigación:** El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.
- b) **Cooperación:** El Beneficiario deberá cooperar con La Compañía de Asistencia para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportándole los documentos necesarios y ayudándole con cargo a La Compañía a cumplir las formalidades necesarias.
- 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 La Compañía de Asistencia con la adecuada titulación y competencia según los niveles o medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que La Compañía y La Compañía de Asistencia, no obstante que serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza, no serán en ningún caso responsables por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

II.5 EXCLUSIONES

1. LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA OCURRIDAS DURANTE VIAJES O VACACIONES REALIZADAS POR LOS BENEFICIARIOS EN CONTRA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ALGÚN MÉDICO O CON POSTERIORIDAD A SESENTA (60) DÍAS NATURALES DESPUÉS DE INICIADO EL VIAJE, NO DAN DERECHO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA, SIN PERJUICIO AL APARTADO 2.3 REFERENTE A CONSULTA DOMICILIARIA.
2. LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA QUE EL BENEFICIARIO HAYA GESTIONADO, CONTRATADO Y PAGADO POR SU CUENTA.
3. LOS BENEFICIARIOS NO TENDRÁN DERECHO A SER REEMBOLSADOS POR LA COMPAÑÍA, NI POR LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, POR COSTOS GENERADOS EN UNA SITUACIÓN DE ASISTENCIA YA QUE SE TRATA DE QUE EL BENEFICIARIO NO TENGA NECESIDAD DE CONTRATAR POR SU CUENTA A PROVEEDORES DE SERVICIO NO CALIFICADOS.
4. TAMBIÉN QUEDAN EXCLUIDAS LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:
 - A) ACTOS DE GUERRA, SERVICIO MILITAR, HUELGAS, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES (SE HAYA DECLARADO LA GUERRA O NO), REBELIÓN, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, TERRORISMO, PRONUNCIAMIENTOS, MANIFESTACIONES, MOVIMIENTOS POPULARES, RADIOACTIVIDAD O CUALQUIER OTRA CAUSA DE FUERZA MAYOR.
 - B) LA PARTICIPACIÓN DEL BENEFICIARIO EN RIÑAS O COMBATES, SALVO EN CASO DE DEFENSA PROPIA.
 - C) TRASLADOS A CAUSA O COMO CONSECUENCIA DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS O MIEMBROS DE CUALQUIER TIPO, SEAN EN AMBULANCIA, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO.
 - D) TRASLADOS POR LAS RAZONES NATURALES Y NORMALES DEL EMBARAZO, DE PARTO O POR CIRUGÍA PROGRAMADA DE PARTO.
 - E) LESIONES O PADECIMIENTOS MENORES, TALES QUE NO AMERITEN TRASLADO EN AMBULANCIA, COMO PUEDE SER: GRIPAS, CATARROS, FRACTURAS DE DEDOS, DOLORES AGUDOS DE CABEZA, ETC., EXPRESADOS DE MANERA ENUNCIATIVA, MAS NO LIMITATIVA.
 - F) TRATAMIENTOS MÉDICOS GENERADOS POR CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL.
 - G) LAS LESIONES SOBREVENIDAS EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN DE CARÁCTER MANUAL.

NOTA.- ADEMÁS DE LAS DEFINICIONES Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EXPRESADOS EN ESTE APARTADO, SON APLICABLES TODAS LAS EXCLUSIONES Y DEFINICIONES ESTABLECIDAS EN LAS DEMÁS PARTES DEL CUERPO DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LAS CONDICIONES GENERALES INDIVIDUAL.

**FAMILIA DEL SEGURO
DE FAMILY PROTECTION.
EL USO DE SERVICIO INDICADO
EN ESTA PÓLIZA IMPLICA LA
CONFORMIDAD CON EL PROGRAMA
DE ASISTENCIA SUSCRITO.**

**II.6 ARTÍCULOS CITADOS EN LAS
CONDICIONES GENERALES**

El presente Contrato de Seguro hace referencia a lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, Ley sobre el Contrato de Seguro, Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la república mexicana vigentes y aplicables.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 277. En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley Sobre el Contrato del Seguro

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

Artículo 72. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 81. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.



Artículo 82. El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 100. Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Artículo 101. Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

Artículo 102. Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 bis. Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68. La Comisión Nacional deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los 20 (veinte) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la

celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los 10 (diez) días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional.

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta

misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

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

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

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

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



IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y;

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos 180 (ciento ochenta) días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

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

NOTA: Además de las Definiciones y Exclusiones específicas de los servicios de Asistencia expresados en este apartado, son aplicables todas las exclusiones y definiciones establecidas en las demás partes del cuerpo de la Póliza, así como las Condiciones Generales Individual / Familiar del Seguro de Family Protection.

Este seguro es operado y propiedad del AXA Seguros, S.A. ("AXA Seguros"). El uso del Servicio indicado en esta Póliza implica la conformidad con El Programa de Asistencia suscrito.

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 26 de junio de 2006, con el número PPAQ-S0048-0031-2006 / CONDUSEF-001015-01.

Si tiene cualquier duda respecto a su Seguro Family Protection o si desea saber más sobre otro de nuestros productos o servicios, consulte nuestra Unidad Especializada en Seguros al 5169 5999 o al 01 (800) 911 AMEX (2639), donde un ejecutivo le brindará la ayuda que necesite.

II.7 ABREVIATURAS

1. R.F.C. – Registro Federal de Contribuyentes
2. I.V.A. – Impuesto al Valor Agregado
3. USD – Dólares Americanos
4. Máx. – Valor Máximo que puede tomar la variable
5. Cd. – Ciudad
6. Col. – Colonia
7. C.P. – Código Postal
8. Av. – Avenida
9. INPC - Índice Nacional de Precios al Consumidor
10. CNSF – Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
11. LCS – Ley sobre el Contrato de Seguro
12. LISF – Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
13. M.N. y/o MXN – Moneda Nacional
14. DOF – Diario Oficial de la Federación
15. Banxico – Banco de México
16. PCE – Programa Cliente Especial
17. CG – Condiciones Generales
18. Km – Kilómetro
19. Condusef - Comisión Nacional para la Protección y
Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
20. SA – Suma Asegurada
21. UNE – Unidad Especializada de Atención
de Consultas y Reclamaciones de La Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col.
Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad
de México, México.



SALUD | FAMILY PROTECTION

www.americanexpress.com.mx/seguros



Insurance
Services