



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

Globalmex[®] Assure

Condiciones Generales



I. Definiciones

1. Accidente	4
2. Accidente Serio	4
3. Ambulancia Aérea	4
4. Asegurado(a)	4
5. Asegurado(a) Titular	4
6. Asistencia a Largo Plazo	4
7. Atención Médica Domiciliaria	4
8. Caso Fortuito	4
9. Centro de Atención de Urgencias	4
10. Compañía	4
11. Complicaciones del Embarazo y Perinatales	4
12. Contratante	4
13. Contrato de Seguro o Póliza	4
14. Cuidados no Agudos	4
15. Deducible	4
16. Dependientes Económicos	5
17. Embarazo Cubierto	5
18. Emergencia Médica	5
19. Endoso	5
20. Enfermedad o Padecimiento	5
21. Evacuación Médica	5
22. Evento Médico	5
23. Fecha de Alta Hospitalaria	5
24. Fecha de Antigüedad	5
25. Fuerza Mayor	5
26. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)	5
27. Honorarios Médicos Nacional	5
28. Hospital, Clínica o Sanatorio	6
29. Hospitalización	6
30. Madre Asegurada	6
31. Maternidad Subrogada	6
32. Medicamento	6
33. Medicamento Altamente Especializado	6
34. Medicamento Necesario	6
35. Médico	6
36. Padecimiento Congénito	7
37. Padecimientos Preexistentes	7
38. Pago Directo	7
39. Pago por Reembolso	7
40. País de Residencia	7
41. Periodo de Espera	7
42. Programación de Servicios o Previa Autorización	7
43. Prótesis	7

44. Segunda Opinión Médica Remota	7
45. Siniestro	7
46. Solicitud de Seguro	7
47. Suma Asegurada Anual	7
48. Suma Asegurada Máxima	8
49. Tabla de Beneficios	8
50. Telemedicina	8
51. Terapia Complementaria	8
52. Terrorismo	8
53. Tratamiento o Terapia	8
54. Tratamientos Experimentales	8

II. Objeto del seguro 8

III. Cobertura Básica 9

a. Hospitalización	9
1. Servicios durante la Hospitalización	9
2. Acompañante de un Menor de Edad Hospitalizado	9
3. Beneficios de Hospitalización por Salud Mental	10
4. Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia	10
5. Cirugía Reconstructiva	10
b. Servicios Ambulatorios	10
1. Consultas Médicas	10
2. Estudios de Laboratorio y Gabinete	10
3. Cirugía Ambulatoria	10
4. Servicios de Fisioterapia y/o Terapias de Rehabilitación	10
5. Terapia Complementaria	11
6. Medicamentos Después de una Hospitalización	11
7. Medicamentos para Tratamiento Ambulatorio	11
c. Emergencias	11
1. Accidente tratado dentro de los Estados Unidos Mexicanos	11
2. Accidente tratado fuera de los Estados Unidos Mexicanos	11
3. Hospitalización por Accidente Serio fuera de los Estados Unidos Mexicanos	12
4. Servicios de Ambulancia Terrestre de Emergencia	12
5. Servicios de Ambulancia Aérea de Emergencia y Evacuación Médica	12
6. Sala de Emergencia y Servicios Médicos de Emergencia	12
7. Protección Dental (Tratamiento Dental por Accidente)	12
8. Tratamiento en Centros de Atención de Urgencias	12
d. Tratamientos Especializados	13
1. Cirugía Profiláctica	13
2. Cirugía Refractiva (Lasik)	13
3. Padecimientos Congénitos	13

4. Trasplante de Órganos Humanos, Médula Ósea, Sangre y Células Madre	13	17. Separación de Póliza	27
5. Tratamiento Oncológico	13	18. Renovación	27
6. Medicamentos Altamente Especializados	14	19. Rehabilitación	28
7. Prótesis y Órtesis	14	20. Prescripción	28
e. Otros Beneficios	14	21. Zona de Cobertura (Territorialidad) y País de Residencia	28
1. Diálisis	14	22. Moneda	28
2. Deportes Profesionales	14	23. Omisiones o Inexactas Declaraciones	28
3. Actividades Peligrosas y Deportes No Profesionales	14	24. Agravación del Riesgo	29
4. Atención Médica Domiciliaria – Home Care	15	25. Restricción de Cobertura	29
5. Cuidados Paliativos	15	26. Competencia	29
6. Equipo Médico Durable	15	27. Edad	30
7. Extremidades Artificiales	16	28. Proveedores Médicos	30
8. Terrorismo	16	29. Siniestros	30
9. Repatriación de Restos Mortales	17	30. Comprobación del Siniestro	31
10. Deformidad de la Nariz y el Septo Nasal por Accidente	17	31. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	31
11. Cáncer derivado del Virus del Papiloma Humano	17	32. Coordinación de Beneficio	31
f. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera	17	33. Interés Moratorio	32
1. Embarazo Cubierto y Beneficios del recién nacido	17	34. Beneficios Fiscales	32
2. Indemnización de Cuidados Preventivos / Check Up para Niños y Adultos	19	35. Arbitraje Médico	32
3. VIH, SIDA y Enfermedades Asociadas al SIDA	20	36. Entrega de la Documentación Contractual	32
		37. Responsabilidad de la Compañía	32
		38. Subrogación	32
IV. Exclusiones (Gastos No Cubiertos)	20	VI. Artículos citados en las Condiciones Generales	34
V. Cláusulas Generales	24	VII. Significado de Abreviaturas	44
1. Cobertura del Contrato de Seguro	24	VIII. Registro	44
2. Área de Cobertura	24	IX. ANEXO I – Tabla de Beneficios	45
3. Periodo de Beneficio	24		
4. Periodo de Gracia	24		
5. Periodo al Descubierta	24		
6. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	24		
a. Corrección del Contrato de Seguro	24		
b. Notificaciones	24		
7. Vigencia (Periodo de Póliza)	25		
8. Primas	25		
9. Cancelación del Contrato	25		
10. Extinción de Obligaciones	25		
11. Revelación de Comisiones	26		
12. Altas	26		
13. Bajas	27		
14. Cambio de Plan	27		
15. Cambio de Producto	27		
16. Examen Médico	27		



I. Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se considerará las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento súbito, fortuito, y violento proveniente de una causa externa, involuntaria, que produce lesiones que requieran atención médica dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al mismo.

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

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellos casos donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que le dio origen.

2. Accidente Serio

Un accidente que requiere Hospitalización inmediata por al menos 24 horas.

3. Ambulancia Aérea

Aeronave especialmente equipada con el personal médico necesario, suministros y equipo hospitalario.

4. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados por el mismo.

5. Asegurado(a) Titular

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

6. Asistencia a Largo Plazo

Aquellos cuidados y ayudas no indispensables para atención médica del Asegurado dentro de un Hospital; las cuales pueden ser recibidas fuera del Hospital.

7. Atención Médica Domiciliaria

Programa para el cuidado y Tratamiento de un Asegurado en su domicilio, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento, establecido y aprobado por escrito por su Médico Tratante.

8. Caso Fortuito

Cualquier suceso ajeno a la voluntad humana, de tal fuerza, magnitud o impacto que sea imposible resistir; como los fenómenos de la naturaleza.

9. Centro de Atención de Urgencias

Una clínica ambulatoria enfocada en la prestación de atención médica para enfermedades y lesiones menores en un centro médico ambulatorio fuera de un departamento de emergencias (ED) independiente o basado en un hospital tradicional. Otros nombres para tipos similares de instalaciones incluyen, entre otros, clínicas sin cita previa fuera del horario de atención, clínicas rápidas (minute clinics), clínicas de atención rápida, clínicas de conveniencia, centros de emergencia menores y clínicas de atención menor.

10. Compañía

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

11. Complicaciones del Embarazo y Perinatales

Se entenderá como complicaciones del Embarazo cualquiera de los siguientes supuestos:

- Aquellas que provocan Enfermedad o descompensación en el estado de salud de la Madre Asegurada como consecuencia del embarazo.
- Aquellas que requieran Tratamiento médico previo o subsecuente a la terminación del Embarazo Cubierto.
- Aquellas que provocan complicaciones en el recién nacido no relacionadas con Padecimientos Congénitos.

12. 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.

13. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a. Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud de Seguro y cuestionarios anexos.
- b. La Carátula de Póliza.
- c. Condiciones Generales.
- d. Endosos.
- e. Folleto derechos básicos del Asegurado.
- f. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

14. Cuidados no Agudos

Se refiere a aquellas atenciones médicas que por gravedad, forma de presentación y nulo o bajo riesgo de demora en la atención médica inmediata, no requieren de una hospitalización.

15. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la Carátula de Póliza. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto, comienza la obligación de pago a cargo de la Compañía, hasta por la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante o Asegurado Titular y este se reinstalará cada periodo de Póliza.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

16. Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular como son:

- Cónyuge o concubina(o).
- Hijos hasta los 19 (diecinueve) años de edad solteros y sin hijos, o hasta los 24 (veinticuatro) años de edad solteros, sin hijos y estudiantes a tiempo completo en una institución educativa legalmente autorizada, al momento que la Póliza sea emitida o renovada.
- Para efectos de este Contrato de Seguro también se considerarán hijos del Asegurado Titular a los hijos del cónyuge o concubina(o) (hijastros) cuando así lo solicite el Asegurado Titular.

17. Embarazo Cubierto

Es aquel embarazo en el que:

- a. La fecha de parto sea posterior a 10 (diez) meses a partir de la Fecha de Alta de la Madre Asegurada; y
- b. La concepción no haya ocurrido debido a Tratamientos o procedimientos médicos asistidos o
- c. Tratamientos de fertilidad/ infertilidad o Maternidad Subrogada; y
- d. La cobertura de Embarazo Cubierto y Beneficios del recién nacido se incluya bajo esta Póliza; y
- e. La Asegurada cumpla con los criterios de elegibilidad anteriores para los servicios relacionados con la maternidad, de acuerdo con lo establecido en el apartado denominado Embarazo Cubierto y Beneficios del recién nacido.

18. Emergencia Médica

Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado, no relacionada con alguna condición preexistente conocida o no por el Asegurado, que pone en peligro su vida, su integridad corporal 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.

19. Endoso

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

20. Enfermedad o Padecimiento

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

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o

derivadas del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad o Padecimiento.

21. Evacuación Médica

Traslado aéreo de un Asegurado que presenta una condición grave con riesgo de vida y/o pérdida de extremidad u órgano.

22. Evento Médico

Momento en que se utiliza algún servicio médico y/o terapéutico como consecuencia de un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

23. Fecha de Alta Hospitalaria

Fecha a partir de la cual el Asegurado es dado de alta del Hospital luego de una Hospitalización de más de 24 horas y previa autorización de su Médico Tratante.

24. Fecha de Antigüedad

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro. Dicha fecha se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza.

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

25. Fuerza Mayor

Es el acontecimiento inesperado y violento fuera de la voluntad del Asegurado que no ha podido prever o que, aun previéndolo, no han podido evitar.

26. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

- El cargo usual del proveedor médico por suministrar el tratamiento, servicio o suministro; o
- El cargo determinado por la Compañía como la tarifa general cobrada por otros que prestan o proveen dichos tratamientos, servicios o suministros a las personas: (1) que residen en el mismo lugar; y (2) para el mismo servicio.

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

La Compañía considerará factores tales como:

- a. Complejidad;
- b. Grado necesario de especialización;
- c. Tipo de especialista requerido;
- d. Gama de servicios o suministros proporcionados por un centro de atención; y
- e. 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 o tratamientos similares.

27. Honorarios Médicos Nacional

- a. Montos de Honorarios Médicos que la Compañía cubrirá al Asegurado por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto dentro del territorio nacional. Estos montos establecen las cantidades máximas a pagar por la Compañía para todo el equipo que participe en el evento quirúrgico, incluyendo el Médico Tratante, anestesiólogo, ayudantes y cualquier otro especialista que participe activamente en la cirugía.
- b. Para consultar los honorarios médicos nacionales, llámanos al: 55 8525 9500.
- c. Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores Médicos con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.
- d. La Compañía únicamente es responsable del pago a los Proveedores Médicos o por el Pago por Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

28. Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes por parte de la autoridad sanitaria correspondiente.

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

29. Hospitalización

Estancia continua por 24 (veinticuatro) horas o más en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto; dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital, Clínica o Sanatorio y concluye con la Fecha de Alta Hospitalaria que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme él, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

30. Madre Asegurada

Persona incluida en la Póliza, en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y da a luz al (los) recién nacido(s).

31. Maternidad Subrogada

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con el nacimiento.

32. Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de los Estados Unidos Mexicanos) que consigna los métodos

generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, Medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud y que además debe cumplir con cada uno de los siguientes puntos según corresponda.

En territorio nacional:

- Presentar receta emitida por el Médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe estar registrado como tal ante la Cofepris (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios).
- Debe de estar relacionado y autorizado para la Enfermedad o Padecimiento específico diagnosticado derivado de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/> para la Enfermedad o Padecimiento específico diagnosticado.
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional.

En territorio extranjero:

- Presentar receta emitida por el Médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe de estar relacionado con el Tratamiento del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor en el extranjero que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/> para la Enfermedad o Padecimiento específico diagnosticado.

33. Medicamento Altamente Especializado

Medicamento conforme a la definición contenida en el numeral anterior cuyo precio al público sea mayor a 1,000 USD (mil dólares) por dosis.

34. Medicamento Necesario

Un tratamiento, servicio o suministro que: (a) se requiere para tratar una Enfermedad, Condición, Accidente o Emergencia Médica; prescrito u ordenado por un Médico; (b) realizado en el entorno menos costoso requerido por la condición del Asegurado (UCR); y (c) consistente con las prácticas médicas y quirúrgicas prevalecientes en el área geográfica para el tratamiento de la condición en el momento en que se prestaron los servicios.

35. Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata y homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al

grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

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

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

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

36. Padecimiento Congénito

Cualquier Enfermedad o desorden que exista antes del parto independientemente de la causa, aunque se hayan o no manifestado o sido diagnosticadas durante el parto o años posteriores.

37. Padecimientos Preexistentes

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

- Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
- En investigación médica o diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

38. Pago Directo

Beneficio que la Compañía puede otorgar, mediante el cual la Compañía realiza previa valoración y autorización, el pago al prestador, por la atención médica brindada al Asegurado, siempre que se trate de un prestador en convenio.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

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

39. Pago por Reembolso

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

40. País de Residencia

El país donde el Asegurado ha residido o residirá por más de 180 (ciento ochenta) días durante cualquier período de 12 (doce) meses mientras la Póliza esté vigente.

41. Periodo de Espera

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha de Antigüedad 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. En caso de tener el beneficio de reducción o eliminación de Periodos de Espera, se considerará la Fecha de Antigüedad.

42. Programación de Servicios o Previa Autorización

Beneficio que la Compañía puede otorgar previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico, mediante el cual se valora la procedencia de los servicios médicos de acuerdo con las Condiciones Generales, previa autorización y valoración por parte de la Compañía.

43. Prótesis

Es una pieza que sustituye una parte del esqueleto o de un órgano, por una pieza, injerto, tejido o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir.

44. Segunda Opinión Médica Remota

Es la revisión de los registros y exámenes médicos del paciente Asegurado, por un médico distinto al médico que lo atiende sin necesidad de que el paciente Asegurado acuda de forma presencial.

45. Siniestro

Una vez teniendo un diagnóstico médico definitivo se considerará un Siniestro y es la suma de los gastos erogados procedentes durante la Vigencia de esta Póliza derivados por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por este Contrato de Seguro.

46. Solicitud de Seguro

Documento que contiene la oferta del riesgo propuesto a la Compañía por parte del solicitante (proponente), en el que se incluyen las declaraciones de todos los hechos importantes para la valoración del riesgo, tal como los conozca o deba conocer al momento de la firma del mismo.

Este documento forma parte del Contrato de Seguro.

47. Suma Asegurada Anual

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por Periodo de Póliza por cada Asegurado de acuerdo con lo establecido en la carátula de Póliza y Tabla de Beneficios del Anexo I de este Contrato de Seguro.

48. Suma Asegurada Máxima

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía para todo y cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento para toda la vida del Asegurado, siempre y cuando la Póliza se mantenga vigente: 10,000,000 USD (diez millones de dólares). La cual es resultante de la adición de las Sumas Aseguradas Anuales que se hayan agotado en Vigencias anteriores y las que se contraten para Vigencias futuras para ese Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

49. Tabla de Beneficios

Es la descripción de los beneficios disponibles, niveles de pago y beneficios máximos proporcionados bajo esta Póliza, incluidos como Anexo I de este Contrato de Seguro.

50. Telemedicina

El diagnóstico y/o tratamiento a distancia de pacientes mediante tecnologías de telecomunicaciones, cubriendo solamente las siguientes condiciones:

- Revisión de pruebas de laboratorios y pruebas de imagen
- Consultas de salud mental y manejo de medicamentos
- Migrañas
- Tos
- COVID
- Dolor de oídos
- ITU (Infección del tracto Urinario)
- Condiciones de la piel como erupciones
- Frío
- Dolores de estómago
- Diarrea
- Citas de seguimiento
- Seguimiento de condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, colesterol alto, alergias)
- Fiebre
- Dolor muscular
- Vómitos
- Estreñimiento
- Irritación en los ojos
- Picaduras de insectos

51. Terapia Complementaria

Tratamientos realizados por un profesional, prescrito por el Médico tratante, para la finalización de un Tratamiento médico.

52. Terrorismo

El uso de fuerza por medios violentos, dirigida o crear temor o miedo en la población e influir con ello al sector público o parte del mismo, a efecto de obtener alguna ventaja o beneficio político.

53. Tratamiento o Terapia

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos, radioterapéuticos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

54. Tratamientos Experimentales

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



II. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado los gastos en que incurra, dentro o fuera del territorio nacional, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo, estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones estipulados en esta Póliza.



III. Cobertura Básica

Quedan cubiertos los gastos erogados dentro o fuera del territorio nacional por Tratamientos y/o procedimientos que sean Medicamento Necesarios prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

a. Hospitalización

1. Servicios durante la Hospitalización

Quedan cubiertos los siguientes gastos por servicios dentro del Hospital, Clínica o Sanatorio generados por una Hospitalización derivados de un Accidente o Enfermedad, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I::

- Habitación privada estándar para territorio nacional; privada en territorio extranjero, en caso de disponibilidad.
- Servicios quirúrgicos: se cubrirán los servicios quirúrgicos recibidos en un Hospital, Clínica o Sanatorio, incluyendo los honorarios médicos pertinentes a la cirugía. Los servicios quirúrgicos incluyen procedimientos de operación y extirpación, tratamiento de fracturas, dislocaciones, así como los procedimientos de parto o cesárea.
- Alimentos: serán cubiertos los gastos por alimentos suministrados al Asegurado afectado.
- Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados cardíacos.
- Estudios de laboratorio y gabinete prescritos por el Médico tratante y relacionados al Accidente, Enfermedad o Padecimientos cubiertos que se trate.
- Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- Transfusiones de sangre: quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y suero, así como las pruebas de compatibilidad de los donantes.
- Medicamentos: quedan cubiertos los Medicamentos administrados al Asegurado siempre y cuando sean prescritos por los Médicos tratantes y que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Servicios de anestesia: se cubren los servicios siempre y cuando sean realizados por otra persona que no sea el cirujano y su asistente, quien administrará anestesia para un procedimiento quirúrgico cubierto.
- Atención general de Enfermería.
- Servicios Médicos durante Hospitalización:

La Compañía pagará por la visita de un Médico al día mientras el Asegurado sea paciente en un Hospital, Clínica o Sanatorio. Las visitas que son parte del cuidado preoperatorio o postoperatorio, durante la Hospitalización, están cubiertas conforme a lo establecido en el inciso b) y no se pagarán por aparte.

Si es Medicamento Necesario, la Compañía puede autorizar más de una visita de diferentes Médicos el mismo día, si los Médicos tienen diferentes especialidades. Cuando sea necesario visitas largas, prolongadas o repetidas del Médico durante la internación debido a una condición crítica, el pago de dichos servicios médicos intensivos se basará en cada caso individual.

La Compañía solicitará registros médicos y otra documentación sobre la necesidad médica de dichos servicios intensivos.

Duración de los cuidados en internación - Cuidado extendido

La internación en un Hospital donde se cobra una tarifa por la habitación, sala o cama solamente estará cubierta cuando el Asegurado cumpla el siguiente criterio:

- La condición del Asegurado continúa requiriendo niveles de Tratamiento médico curativo agudo o subagudo, enfermería especializada, Terapia física o servicios de rehabilitación.

Los gastos de hospitalización para propósitos de recibir Cuidados no Agudos o de Asistencia a Largo Plazo, cuidados de mantenimiento crónico, o asistencia con actividades de la vida diaria, o cuando el procedimiento pudo haber sido realizado como ambulatorio no son gastos cubiertos.

2. Acompañante de un Menor de Edad Hospitalizado

Quedan cubiertos los gastos de alojamiento incurridos por un acompañante de un Asegurado Hospitalizado menor de 18 (dieciocho) años, hasta el límite establecido en el Anexo I - Tabla de Beneficios y en el apartado IV. Exclusiones (Gastos No Cubiertos) de este Contrato de Seguro.

3. Beneficios de Hospitalización por Salud Mental

Quedan cubiertos los gastos médicos derivados de Tratamientos psicoterapéuticos y Terapia psiquiátrica de bulimia, anorexia, desorden bipolar, paranoia, esquizofrenia y depresión clínica durante la Hospitalización del Asegurado, de acuerdo con lo especificado en el Anexo I - Tabla de Beneficios de este Contrato de Seguro.

Todos los servicios de cuidado mental deben ser prescritos por un Médico psiquiatra. Para efectos de esta cobertura se entenderá como depresión clínica a un trastorno mental mayor a 2 (dos) semanas con pérdida de interés de las actividades normales, estado de ánimo deprimido, fatiga, y sentimientos de inutilidad, en ausencia de precipitantes externos (duelo, luto) que requieren tratamiento psiquiátrico.

4. Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia

Quedan cubiertos los Tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia siempre y cuando sean Médicamente Necesarios para el Tratamiento prescrito por el Médico tratante a consecuencia de una Enfermedad o Accidente por el cual el Asegurado esté Hospitalizado, lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I:

- Quimioterapia realizada por un Médico o enfermero bajo la dirección de un Médico.
- Radioterapia realizada por un radiólogo para tratar Enfermedades de malignidad comprobada o Enfermedades neoplásicas.

5. Cirugía Reconstructiva

La Compañía cubrirá los servicios quirúrgicos para la restauración de la función en caso de Accidente, cáncer o defecto congénito utilizando las técnicas de cirugía plástica. **Este beneficio no incluye la cirugía para mejorar la apariencia (cirugía estética).**

Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

b. Servicios Ambulatorios

Cuando el Asegurado recibe Tratamiento ambulatorio en un Hospital, Clínica o Sanatorio, los gastos derivados de dicha atención se pagarán de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro, siempre y cuando:

- Se trate de servicios médicos que no requieran una Hospitalización igual o mayor a 24 (veinticuatro) horas.
- Servicios derivados de Emergencia Médica que sean Médicamente Necesarios.

1. Consultas Médicas

La Compañía cubrirá las consultas médicas de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

Las Segundas Opiniones Médicas Remotas están cubiertas como consultas médicas ambulatorias, siempre que reciban una Previa Autorización.

Los servicios de exámenes de rutina, incluyendo servicios de diagnóstico relacionados y cuidados rutinarios no están cubiertos.

2. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

3. Cirugía Ambulatoria

Queda cubierta la Cirugía Ambulatoria y los gastos por procedimientos quirúrgicos asociados a la cirugía ambulatoria que puedan ser realizados en el consultorio del Médico o en un Hospital sin necesidad de Hospitalización, de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

4. Servicios de Fisioterapia y/o Terapias de Rehabilitación

Quedan cubiertos los siguientes gastos por servicios siempre y cuando sean Médicamente Necesarios para el Tratamiento prescrito por el Médico tratante a consecuencia de un Padecimiento o Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro:

- Terapia respiratoria realizada por un Médico o terapeuta respiratorio legalmente autorizado.

- Terapia física y ocupacional realizada por un Médico o terapeuta físico u ocupacional cuando sea relaciona específicamente al plan de Tratamiento indicado por el Médico. La Terapia deberá:
 - a. Producir una mejora significativa en la condición del Asegurado en un período de tiempo razonable y previsible, y
 - b. Tener cierto nivel de complejidad y sofisticación y/o que la condición del Asegurado sea tal que solamente un terapeuta físico u ocupacional autorizado pueda realizarla de manera segura y efectiva.

Después de 60 (sesenta) Terapias, este servicio requerirá Previa Autorización por parte de la Compañía.

5. Terapia Complementaria

Las Terapias Complementarias cubiertas por esta Póliza son: osteopatía, quiropráctica, psiquiatría, homeopatía y Terapia de habla. Estas terapias están cubiertas hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dichas terapias deberán ser utilizadas junto con la medicina convencional con el propósito de restablecer o mejorar el funcionamiento de las funciones del cuerpo o funciones mentales para las que se recomiendan. Las Terapias Complementarias deberán estar de acuerdo con el plan de Tratamiento propuesto por el Médico tratante.

6. Medicamentos Después de una Hospitalización

Se cubren los Medicamentos después de una Hospitalización, siempre y cuando hayan sido prescritos por un Médico para el Tratamiento de una Enfermedad o Padecimiento cubierto, hasta por un periodo de 6 (seis) meses posteriores a la Fecha de Alta Hospitalaria.

No se cubrirán los Tratamientos y medicinas, aun cuando hayan sido recomendados por un Médico, cuando se trate de vitaminas, hierbas, analgésicos, remedios para el resfrío, suplementos y Medicamentos que no se apeguen a la definición de Medicamento de este Contrato de Seguro.

Los Medicamentos que no han sido científicamente o médicamente reconocidos para un diagnóstico específico o que sean considerados como Tratamiento alternativo, Experimentales o no aceptados generalmente para el uso, no estarán cubiertos, aun cuando hayan sido prescritos por un Médico.

7. Medicamentos para Tratamiento Ambulatorio

Se cubren los Medicamentos para Tratamiento Ambulatorio, siempre y cuando hayan sido prescritos por un Médico para el Tratamiento de una Enfermedad o Padecimiento cubierto y que no están disponibles sin la prescripción, hasta el monto especificado en la Tabla de Beneficios que se encuentran en el Anexo I.

No se cubrirán los Tratamientos y medicinas, aun cuando hayan sido recomendados por un Médico, cuando se trate de vitaminas, hierbas, analgésicos, remedios para el resfrío, suplementos y Medicamentos que no se apeguen a la definición de Medicamento de estas Condiciones Generales.

Los Medicamentos que no han sido científicamente o médicamente reconocidos para un diagnóstico específico o que sean considerados como Tratamiento alternativo, Experimentales o no aceptados generalmente para el uso, no estarán cubiertos, aun cuando hayan sido prescritos por un Médico.

c. Emergencias

1. Accidente tratado dentro de los Estados Unidos Mexicanos

En caso de Accidente dentro de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía exenta al Asegurado del pago de Deducible por el año Póliza en el que ocurra el Accidente, siempre que:

- El Accidente sea notificado a la Compañía dentro de los cinco días siguientes al evento; salvo Caso fortuito o Fuerza mayor, junto con la prueba del Siniestro de conformidad con las cláusulas 29. Siniestro y 30. Comprobación del Siniestro de este Contrato de Seguro; y
- En caso de requerirse Hospitalización, esta deberá ocurrir dentro de las primeras 72 (setenta y dos) horas siguientes a la fecha del Accidente y deberá ser Médicamente Necesaria.

2. Accidente tratado fuera de los Estados Unidos Mexicanos

En caso de Accidente fuera de los Estados Unidos Mexicanos, se aplicará el Deducible especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo I.

3. Hospitalización por Accidente Serio fuera de los Estados Unidos Mexicanos

Un trauma inesperado que ocurre sin la intención del Asegurado, que implica una causa externa repentina y un impacto violento en el cuerpo, que resulta en una lesión corporal demostrable y que requiere Hospitalización inmediata por 24 horas o más, durante las horas siguientes al momento que ocurre la lesión severa, para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La existencia de una lesión severa será determinada por un acuerdo entre ambos, el médico tratante y el equipo médico de la Aseguradora, luego de revisar las notas de evaluación y los informes médicos de la sala de emergencia y de la admisión al Hospital.

4. Servicios de Ambulancia Terrestre de Emergencia

Se cubre la ambulancia terrestre por una Emergencia Médica al Hospital más cercano donde se pueda ofrecer el nivel adecuado de cuidados, conforme a lo indicado en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I.

El uso de servicios de ambulancia que no sean Médicamente Necesarios no se considera un servicio cubierto.

5. Servicios de Ambulancia Aérea de Emergencia y Evacuación Médica

Se cubren hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicado en el Anexo I, los servicios de Ambulancia Aérea en caso de emergencia y la Evacuación Médica correspondiente siempre y cuando tenga Previa Autorización por parte de la Compañía y cuando exista riesgo inminente para la vida o pérdida de extremidades u órgano. En caso de una Emergencia que requiera una Evacuación Médica, se deberá de contactar a la Compañía con anticipación para la aprobación y coordinación de dicho transporte de emergencia por Ambulancia Aérea.

Si el Asegurado no cumple con estas condiciones asumirá a su cargo el costo total del transporte.

La Evacuación Médica e instalación médica dónde deberá ser transportado el Asegurado deberán ser previamente autorizado por la Compañía. La información de contacto de la Compañía se encuentra en la tarjeta de Asegurado. El costo de una persona acompañante está cubierto bajo este beneficio, previa autorización de la Compañía.

La Compañía cubrirá el traslado siempre y cuando:

- Esté relacionado a un Padecimiento y Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza, y
- El Tratamiento no pueda llevarse a cabo localmente y el transporte por cualquier otro medio ponga en peligro la vida del Asegurado. El transporte de emergencia debe ser previsto por una Compañía de transporte legalmente autorizada en el lugar en el que se lleve a cabo el traslado. El vehículo o la aeronave debe incluir personal médico calificado y entrenado; así como estar equipado para la atención de las emergencias médicas, y
- Se realice en el lugar más cercano donde exista un proveedor médico idóneo para proveer el Tratamiento médico necesario.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores Médicos con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

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

Se cubrirá el costo de un pasaje aéreo en clase económica, máximo hasta 2,000 USD (dos mil dólares americanos) por persona, para el viaje de retorno al lugar de residencia para el Asegurado y la persona acompañante, si este se lleva a cabo dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del traslado.

6. Sala de Emergencia y Servicios Médicos de Emergencia

Queda cubierta la sala de emergencia y servicios médicos de emergencia hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

7. Protección Dental (Tratamiento Dental por Accidente)

Se cubre el Tratamiento dental derivado de un Accidente para la restauración de piezas dentales naturales y sanas. El Tratamiento debe ser completado a más tardar dentro de los 120 (ciento veinte) días siguientes a la fecha del Accidente. Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

8. Tratamiento en Centros de Atención de Urgencias

Esta Póliza cubre tratamientos en Centros de Atención de Urgencias únicamente en los Estados Unidos de América como se describe en la Tabla de Beneficios.

d. Tratamientos Especializados

1. Cirugía Profiláctica

Se cubre la Cirugía Profiláctica únicamente para el cáncer ginecológico (mastectomía y/u ooforectomía) siempre y cuando deriven de un resultado positivo de una prueba de BRCA (Breast Cancer) con base en el protocolo de American Cancer Association (Asociación Americana del Cáncer) y de acuerdo con lo establecido en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

2. Cirugía Refractiva (Lasik)

Se cubren los gastos derivados de la cirugía refractiva con láser para la corrección de la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo, cuando sea Médicamente Necesario. El límite para este beneficio está establecido en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

3. Padecimientos Congénitos

Quedan cubiertos los gastos por Padecimientos Congénitos, hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I según:

- Se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez antes de que el Asegurado cumpla los 18 (dieciocho) años de edad.
- Se manifiesten o sean diagnosticados por primera vez después de que el Asegurado haya cumplido los 18 (dieciocho) años de edad.

Las Enfermedades del recién nacido y/o Padecimientos Congénitos están cubiertas conforme a este apartado únicamente.

4. Trasplante de Órganos Humanos, Médula Ósea, Sangre y Células Madre

Se cubre el trasplante de órganos siempre y cuando el receptor del trasplante sea Asegurado bajo esta Póliza, el trasplante sea determinado por el Médico tratante y confirmado por el Médico especialista en trasplante. Bajo este beneficio están cubiertos, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I y están incluidos como parte del beneficio máximo para el trasplante:

- Los cuidados antes del trasplante, incluyendo la evaluación, la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante, así como la preparación del donante, incluyendo la evaluación de compatibilidad de donantes potenciales.
- Los exámenes previos a la cirugía, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, Imagen por Resonancia Magnética (IRC), ultrasonidos, biopsias, Medicamentos y suplementos.
- Los costos para proveer el órgano, célula o tejido, el transporte y obtención incluyendo el almacenamiento de médula ósea y células madre.
- La Hospitalización, cirugías, honorarios médicos de todo el equipo que participe en el Evento quirúrgico, incluyendo el Médico tratante y anestesiólogo, Medicamentos y cualquier otro Tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- El cuidado después del trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier Tratamiento de seguimiento Médicamente Necesario que resulte del trasplante, y cualquier complicación después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del trasplante.
- Los Medicamentos o medidas terapéuticas usadas para asegurar la viabilidad del órgano, célula o tejido trasplantado.
- La atención médica domiciliaria, cuidado de enfermería por: cuidado de la herida, infusiones y evaluaciones, transporte de emergencia, atención médica, consultas a la Clínica u consultorio del Médico, transfusiones, suplementos o Medicamentos relacionados al trasplante.

Tratándose de trasplantes en los Estados Unidos, esta cobertura solo aplica cuando el procedimiento se realice únicamente en Institutos de Excelencia para Trasplantes.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores Médicos con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

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

5. Tratamiento Oncológico

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento médico oncológico en ámbito ambulatorio incluyendo la quimioterapia, terapia hormonal y otras drogas para tratar el cáncer; oncología de radiación (el uso de radioterapia para tratar el cáncer) y oncología quirúrgica (el uso de cirugía y otros procedimientos para tratar el cáncer).

Los Medicamentos deben ser los especificados por FDA (Food and Drug Administration) para cada tipo de cáncer para que sean cubiertos.

Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

6. Medicamentos Altamente Especializados

Se cubren los Medicamentos altamente especializados Previa Autorización y coordinados por la Compañía. Cuando sea necesario, y si es posible, la Compañía coordinará la entrega de dichos Medicamentos. Lo anterior se cubre hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

7. Prótesis y Órtesis

Se cubren los Tratamientos de Prótesis y Órtesis Previa Autorización y coordinados por la Compañía. La Compañía cubrirá hasta 2 (dos) Prótesis de mamas para Aseguradas que hayan requerido una mastectomía cubierta bajo esta Póliza. El procedimiento quirúrgico en implante de las Prótesis estará cubierto bajo el beneficio de Servicios Quirúrgicos. Los sujetadores prescritos y Medicamento Necesarios son un gasto cubierto. Lo anterior se cubre hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

e. Otros Beneficios

1. Diálisis

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento médico de diálisis en ámbito hospitalario o ambulatorio cuando los riñones no puedan filtrar la sangre adecuadamente y la diálisis ofrezca a los Asegurados con insuficiencia renal la oportunidad de mejoría en su condición de salud, de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Beneficios incluida como Anexo I.

2. Deportes Profesionales

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes profesionales, siempre y cuando el Asegurado informe a la Compañía al momento de la contratación o en forma previa al inicio de la práctica de manera profesional del deporte o actividad que se trate.

Se entiende que el deporte es practicado de forma profesional cuando el Asegurado recibe remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica. Lo anterior se cubre hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de seguro.

No están cubiertos los gastos médicos (incluso a consecuencia de Accidentes) derivados de la práctica profesional de los siguientes deportes, aunque se haya informado previamente a la Compañía:

- Escalada en roca.
- Montañismo.
- Alpinismo.
- Deportes aéreos (acrobáticos, paracaidismo, parapente, parasailing, sky diving, salto con traje de alas).
- Bungee jumping.
- Esquí fuera de la pista.
- Buceo tipo con tanque (scuba diving) debajo de los 60 (sesenta) pies.
- Rafting en aguas sobre clase 3 (tres).
- Salto tipo clavado fuera de una alberca o piscina (cliff diving).
- Carrera de vehículos con motor fuera de una pista.

3. Actividades Peligrosas y Deportes No Profesionales

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades peligrosas o deportes de forma ocasional.

Lo anterior se cubre hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

No se cubren los gastos médicos (incluso como resultado de Accidentes) derivados de la práctica de las siguientes actividades peligrosas y deportes:

- Escalada en roca.
- Montañismo.
- Alpinismo.

- **Deportes aéreos (acrobáticos, paracaidismo, parapente, parasailing, sky diving, salto con traje de alas).**
- **Bungee jumping.**
- **Esquí fuera de la pista.**
- **Buceo tipo con tanque (scuba diving) debajo de los 60 (sesenta) pies.**
- **Rafting en aguas sobre clase 3 (tres).**
- **Salto tipo clavado fuera de una alberca o piscina (cliff diving).**
- **Carrera de vehículos con motor fuera de una pista.**

4. Atención Médica Domiciliaria – Home Care

Se cubren los gastos derivados de la atención médica del Asegurado en su domicilio conforme a lo establecido en el Anexo I de este Contrato de Seguro. La atención médica domiciliaria deberá establecerse en un plan de Tratamiento detallado y firmado por el Médico tratante, la cobertura de los gastos derivados de dicha atención será previamente autorizada por la Compañía. Este beneficio de cuidado en el hogar incluye los servicios de un profesional registrado (enfermero o terapeuta legalmente autorizado) fuera de Hospital y no incluye los servicios de acompañamiento.

La Compañía considera el cuidado en el hogar Médicamente Necesario cuando ha sido recomendado por el Médico tratante del Asegurado y las dos circunstancias siguientes se cumplen:

- El Asegurado necesita cuidados especializados; y
- **Los servicios de enfermería en el hogar se deben a la necesidad de cuidados especializados del Asegurado solamente, no para la conveniencia de la familia o persona que cuida del Asegurado o de su Médico.**

5. Cuidados Paliativos

La Compañía cubre los gastos derivados de cuidados paliativos y de apoyo para Asegurados diagnosticados con una Enfermedad terminal. Para efectos de esta cobertura se entenderá como Enfermedad terminal aquella cuya evolución se haya determinado por un Médico como progresiva e incurable y como consecuencia el pronóstico de vida es igual o menor a 240 (doscientos cuarenta) días naturales. Los servicios se proporcionan por un equipo interdisciplinario de profesionales y voluntarios supervisados médicamente a elección del Asegurado y/o sugerencia de la Compañía.

Los servicios cubiertos están disponibles en el hogar, ambulatorio o en un Hospital, Clínica o Sanatorio hasta la cantidad indicada en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I. El ingreso en un programa de servicios paliativos se basa en las necesidades del Asegurado.

6. Equipo Médico Durable

La Compañía cubre los soportes ortopédicos y equipo médico durable (incluyendo sillas de ruedas y camas de hospital). La Compañía cubrirá los aparatos artificiales y equipo médico durable, siempre y cuando sean:

- Prescritos por un Médico, y
- Sea usado por el Asegurado que lo necesite debido a una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza, y
- Autorizado previamente por la Compañía.

La Compañía cubrirá la compra o el alquiler del Equipo Médico Durable, en caso de alquiler no deberá exceder el precio de compra.

Los beneficios especificados en esta cobertura se pagarán de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Beneficios vigente que está indicados en el Anexo I.

Los gastos para reparaciones o reemplazo de aparatos artificiales o de otro equipo médico durable obtenidos originalmente bajo esta Póliza están cubiertos al 50% (cincuenta por ciento) de la cantidad permitida conforme a la tabla de beneficios (Anexo 1).

Son considerados equipo médico durable:

- Camas fluidizadas por aire y otras superficies de soporte (estos suministros solo se alquilan).
- Bastones **(excepto bastones blancos para ciegos)**.
- Muletas.
- Camas de hospital.
- Bombas y suministros de infusión.
- Sillas de ruedas no motorizadas.
- Nebulizadores y Medicamentos nebulizadores.
- Equipos y accesorios de oxígeno.
- Bombas de succión.
- Andadores.

La Compañía también cubrirá los siguientes suplementos para diabéticos: bombas de insulina, tiras de prueba de azúcar en sangre (glucosa), agujas y monitores de azúcar en la sangre, que serán aprobados de acuerdo con la solicitud del Médico tratante.

No se considera Equipo Médico Durable lo siguiente: sillas de ruedas o cama activadas con motor; artículos de comodidad como brazos ajustables para el teléfono o mesas para usar en la cama; artículos para alterar la calidad del aire la temperatura, unidades de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, y purificadores (para purificar el aire); suplementos desechables; bicicletas estacionarias, lámparas solares o de calor, almohadillas térmicas, bidés, asientos para inodoro, asientos para el baño, baños de sauna, elevadores, jacuzzis, equipo para hacer ejercicio o el costo del entrenamiento para el uso y cuidado de cualquier equipo médico durable. La adaptación de cualquier vehículo, cuarto de baño o instalación residencial también está excluido.

7. Extremidades Artificiales

Se cubren los brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluso cualquier Terapia relacionada con el uso de la nueva Prótesis.

Las extremidades artificiales estarán cubiertas cuando el Asegurado no tenga una condición cardiovascular, neuromuscular o musculoesquelética significativa que podría afectar negativamente o que podría verse afectado por el uso de la Prótesis.

La reparación o reemplazo de la extremidad artificial está cubierta solo cuando exista un cambio anatómico o funcional o debido al uso y desgaste razonable que impida el funcionamiento de la Prótesis y la reparación restablezca su uso.

La cobertura de extremidades artificiales estará sujeta a la Previa Autorización de la Compañía. Las Prótesis de alto desempeño para deportes o dirigidos a mejorar el desempeño deportivo no están cubiertos.

8. Terrorismo

Se cubren los gastos médicos derivados de lesiones corporales causadas por los actos de Terrorismo hasta el límite máximo de responsabilidad establecido en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I.

Exclusiones particulares:

Esta cobertura no aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Quando los gastos médicos son resultado del uso de armas de destrucción masiva nucleares, químicas o biológicas.**
- Exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipuladas en el apartado IV. Exclusiones (Gastos No cubiertos) de este Contrato de Seguro.**

9. Repatriación de Restos Mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente fuera de su lugar de residencia, se cubren los gastos derivados de la repatriación de los restos mortales del Asegurado por transporte aéreo a territorio nacional, o bien a elección del Asegurado Titular o sus beneficiarios se cubrirán los gastos funerarios de entierro en el lugar del fallecimiento, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I de este Contrato de seguro.

Para efectos de esta cobertura no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Se entenderá por Gastos Funerarios:

- Traslado del cuerpo a la agencia funeraria o servicio a domicilio.
- Servicio de cremación y urna para cenizas.
- Féretro.
- Embalsamamiento.
- Traslado del cuerpo al cementerio o mausoleo dentro del país del fallecimiento.

10. Deformidad de la Nariz y el Septo Nasal por Accidente

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento médico quirúrgico de la deformidad de la nariz o el septo nasal siempre y cuando sea resultado de un Accidente cubierto, y se presente evidencia del trauma o fractura por medio de radiografía, tomografía computarizada, tomada al menos 5 (cinco) días antes de que se realice el procedimiento.

Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

11. Cáncer derivado del Virus del Papiloma Humano

Se cubren los gastos médicos erogados para el Tratamiento del cáncer derivado del Virus del Papiloma Humano diagnosticado al Asegurado.

Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

f. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los Eventos Médicos que a continuación se mencionan, una vez que se hayan cumplido los Períodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta agotar la Suma Asegurada contratada establecida en la Carátula de Póliza.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Antigüedad en esta Póliza de acuerdo con lo establecido más adelante para cada Periodo de Espera, siempre y cuando esta Póliza se encuentre en vigor y de acuerdo con las condiciones contratadas.

1. Embarazo Cubierto y Beneficios del recién nacido

Servicios Relacionados con el Embarazo Cubierto Se cubren los gastos derivados de la atención médica por el Embarazo Cubierto y el cuidado del recién nacido, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios contenida en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

Esta cobertura solo aplica para Asegurados que hayan contratado los Deducibles de 1,000 USD (mil dólares) y 2,000 USD (dos mil dólares).

a. Periodo de Espera para el Embarazo Cubierto

Se cubren los gastos derivados del Embarazo por parto normal o cesárea, así como cualquier condición relacionada incurrida siempre y cuando la Asegurada al momento del parto o cesárea tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza contados a partir de la Fecha de Antigüedad establecida en la carátula de Póliza.

No se cubrirá ningún Tratamiento relacionado con el Embarazo para la madre o el recién nacido durante el período de espera.

b. Descripción del beneficio de Embarazo Cubierto

Se cubren los servicios obstétricos de acuerdo con la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I, y están limitados a:

- i. Consultas Prenatales.
- ii. Servicios hospitalarios prestados en un Hospital, Clínica o Sanatorio (incluyendo anestesia, parto y cuidado pre y posnatal) para cualquier condición relacionada con el Embarazo, incluyendo, pero no limitado a parto y aborto espontáneo.

- iii. Gastos derivados de la atención médica del recién nacido como parte del beneficio máximo del Embarazo Cubierto y no están sujetos al pago de Deducible del Periodo de Póliza.
- iv. Los gastos derivados por el parto normal o cesárea (honorarios médicos, anestesia y gastos dentro del Hospital para el parto o cesárea).
- v. Vitaminas prenatales son cubiertas durante el periodo del Embarazo, solo si fueron prescritas por el Médico tratante.

vi. No aplica Deducible.

La cobertura de Embarazo Cubierto para una hija dependiente Asegurada termina bajo la Póliza de los padres en la siguiente fecha de aniversario de la Póliza, después que la Asegurada dependiente haya cumplido los 18 (dieciocho) años.

c. Complicaciones del Embarazo y Perinatales para Deducibles 1,000 USD (mil dólares) o 2,000 USD (dos mil dólares)

Se cubren los gastos derivados de complicaciones del Embarazo y perinatales.

Este beneficio aplica solo en caso de que el Asegurado haya contratado un Deducible de 1,000 USD (mil dólares) o 2,000 USD (dos mil dólares).

Se cubren las siguientes Complicaciones del Embarazo: embarazo extrauterino, embarazo molar, los estados de fiebre puerperal, los estados de eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo, placenta acreta, placenta previa, atonía uterina, óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido y diabetes gestacional.

Se cubren las siguientes Complicaciones del recién nacido durante el parto **(no relacionadas con Padecimientos Congénitos)**: prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, deficiencia respiratoria y trauma durante el parto están cubiertas conforme a los siguiente:

- Este beneficio solamente aplica si cumple con la definición de Embarazo Cubierto de estas Condiciones Generales.
- Las complicaciones causadas por una condición diagnosticada antes del Embarazo y/o sus consecuencias, estarán cubiertas de acuerdo con las provisiones de la Póliza.
- **Este beneficio no aplica en caso de Complicaciones del Embarazo o del recién nacido por un Embarazo derivado de cualquier Tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**
- **Las complicaciones que se presenten antes y durante los 10 (diez) meses del Periodo de Espera no están cubiertas.**
- Este beneficio aplica a todas las dependientes femeninas elegibles.
- **Para este beneficio no aplica Deducible.**

d. Complicaciones del Embarazo y Perinatales para Deducibles 5000 USD (cinco mil dólares), 10,000 USD (diez mil dólares) o 20,000 USD (veinte mil dólares)

Este beneficio aplica solo en caso de que el Asegurado haya contratado un Deducible de 5,000 USD (cinco mil dólares), 10,000 USD (diez mil dólares) o 20,000 USD (veinte mil dólares).

Se cubren las siguientes Complicaciones del Embarazo: embarazo extrauterino, embarazo molar, los estados de fiebre puerperal, los estados de eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo, placenta acreta, placenta previa, atonía uterina, óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido y diabetes gestacional.

Se cubren las siguientes Complicaciones del recién nacido durante el parto (no relacionadas con Padecimientos Congénitos): prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, deficiencia respiratoria y trauma durante el parto están cubiertas conforme a los siguiente:

- Este beneficio solamente aplica si cumple con la definición de Embarazo Cubierto de estas Condiciones Generales.
- Las complicaciones causadas por una condición diagnosticada antes del Embarazo y/o sus consecuencias, estarán cubiertas de acuerdo con las provisiones de la Póliza.
- **Este beneficio no aplica en caso de Complicaciones del Embarazo o del recién nacido por un Embarazo derivado de cualquier Tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**

- **Las complicaciones que se presenten antes y durante los 10 (diez) meses del Periodo de Espera no están cubiertas.**

Esta cobertura solo está disponible para la Asegurada Titular o cónyuge. Para este beneficio se aplica Deducible.

e. Almacenamiento de Sangre del Cordón Umbilical

Se cubre el almacenamiento de sangre del cordón umbilical, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios del Anexo I, a un máximo de por vida por Embarazo Cubierto.

- No aplica Deducible para este beneficio.

f. Exámenes para el Recién nacido para Deducibles 1,000 USD (mil dólares) o 2,000 USD (dos mil dólares)

Este beneficio aplica solo en caso de que el Asegurado haya contratado un Deducible de 1,000 USD (mil dólares) o 2,000 USD (dos mil dólares).

Se cubren las vacunas y visitas de rutina hasta los 6 (seis) meses de edad, siempre y cuando el Recién nacido esté cubierto por la cobertura de Embarazo Cubierto y haya sido dado de Alta en la Póliza, consulte la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Anexo I para consultar el número de visitas de rutina cubiertas. No aplica Deducible.

g. Notas Especiales sobre el Embarazo Cubierto para Dependientes, Elegibilidad y cobertura continua para el Dependiente y el hijo del Dependiente

Además de lo indicado anteriormente, las siguientes condiciones aplican con referencia al Embarazo, la maternidad y el parto para las hijas Dependientes y sus hijos. En la fecha de aniversario después de que la hija dependiente ha cumplido 18 (dieciocho) años, esta deberá obtener cobertura para sí misma y su hijo bajo su propia Póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo. El Dependiente deberá enviar a la Compañía una notificación por escrito, la cual será aprobada sin selección de riesgo para el mismo producto y Deducible.

Para ser elegible para cobertura de Embarazo Cubierto, una hija dependiente de 18 (dieciocho) años o mayor deberá enviar a la Compañía una notificación por escrito. La notificación debe recibirse antes de la fecha del parto, y será aprobada sin selección de riesgo para un producto con la misma cobertura de Embarazo Cubierto y con el mismo Deducible. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de 10 (diez) meses será reducido por el tiempo que haya estado cubierta bajo la Póliza de sus padres.

h. Inclusión de un Recién nacido de un Embarazo Cubierto

- La solicitud de Alta se debe notificar por escrito a la Compañía a más tardar 60 (sesenta) días naturales después del nacimiento.
- El recién nacido tendrá todos los beneficios de la Póliza a partir de la fecha del nacimiento, siempre y cuando se haya realizado el trámite de Alta en la Póliza, independientemente de su estado de salud.
- Cualquier solicitud para adicionar al recién nacido después del período de notificación de 60 (sesenta) días estará sujeto a la selección médica de la Compañía. En este caso la cobertura no está garantizada y está sujeta a la presentación de una Solicitud de Seguro y sujeta a evaluación de riesgo.

2. Indemnización de Cuidados Preventivos / Check Up para Niños y Adultos

a. Cuidado de salud preventivo para niños (mayores de 6 (seis) meses de edad)

La Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos erogados por concepto de exámenes de rutina (*Check Up*) para niños sanos y servicios de Cuidados Preventivos para niños, siempre y cuando el Asegurado tenga 6 (seis) meses de cobertura continua en la presente Póliza, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios que se encuentran en el Anexo I.

Para este beneficio adicional quedarán cubiertas únicamente las siguientes vacunas:

- Pentavalente acelular.
- Antihepatitis B.
- Rotavirus.
- Influenza.
- SRP (sarampión, rubéola y parotiditis).
- Neumococo.
- DPT (es una mezcla de tres vacunas contra la difteria, bordetella pertussis (la tos ferina/tosferina) y el tétanos).

- OPV (polio oral).
- VPH (Virus de Papiloma Humano).
- TD (tétano y difteria).
- SR (sarampión, rubéola) para los que no cuenten con dos dosis de SRP o SR.

El Deducible no aplica para este beneficio.

b. Cuidado de Salud Preventivo para adultos (mayores de 18 (dieciocho) años)

La Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos erogados por concepto de exámenes de rutina (Check Up) incluyendo la consulta del Médico y vacunas, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios que se encuentran en el Anexo I, siempre y cuando el Asegurado tenga 6 (seis) meses de cobertura continua en la presente Póliza y no presente diagnóstico relacionado a los exámenes. No aplica Deducible para este beneficio.

3. VIH, SIDA y Enfermedades Asociadas al SIDA

Se cubren los gastos médicos necesarios derivados de tratamientos no Experimentales, suplementos y Medicamentos para tratar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedades Asociadas al SIDA, solo si fueron causados por un accidente hospitalario o transfusión de sangre, siempre y cuando no sean consideradas como un Padecimiento Preexistente. Se aplica un período de espera de 36 (treinta y seis) meses.

Lo anterior se cubre hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.



IV. Exclusiones (Gastos No Cubiertos)

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

- 1. Padecimientos Preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro o explícitamente excluidos mediante un Endoso a la Póliza.**
- 2. Reclamos y costos de Tratamiento médico ocurrido antes de la Fecha de Antigüedad del Asegurado (incluyendo los períodos de espera) y costos por servicios médicos con fecha de servicio posterior al Periodo de Beneficio, aunque estén relacionados con Accidentes, Enfermedades o maternidades que se hayan originado durante el Periodo de Póliza, a menos que la Póliza haya sido renovada. Esto incluye cualquier porción de cualquier receta médica cubierta para ser usada después de la expiración del Periodo de Beneficio.**
- 3. Servicios, suministros, o Tratamientos incluyendo Medicamentos que hayan sido proporcionados, cubiertos o pagados por:**
 - a. Otra Compañía de seguros.**
 - b. Autoridades sanitarias relacionadas con epidemias.**
- 4. Servicios, suministros, o tratamientos incluyendo medicamentos que hayan sido proporcionados por un Asegurado de esta Póliza, un familiar, una empresa que sea propiedad parcial o completa de cualquiera de las personas mencionadas anteriormente.**
- 5. Tratamientos, servicios, suministros, aparatos o Medicamentos considerados como Experimentales, investigativos o que no sean reconocidos científica o médicamente para un diagnóstico específico por la FDA (Food & Drug Administration).**

6. Cualquier servicio, suministro, Tratamiento incluyendo Medicamentos o servicios de emergencia que: a) no hayan sido prescritos por un Médico, b) no sean Médicamente Necesarios, c) no sean prestados por Médicos con especialidad correspondiente.
7. Artículos de comodidad o conveniencia personal.
8. Exámenes de rutina, vacunas, visitas y pruebas necesarias con propósitos administrativos a excepción de los establecidos en los beneficios de Indemnización de Cuidados Preventivos / Check Up para Niños y Adultos.
9. Vacunas o Tratamientos preventivos, con costo anual mayor al beneficio de Indemnización de Cuidados Preventivos / Check Up para niños y adultos.
10. Medicamentos, suministros o artículos médicos para dejar de fumar, inhibidores del apetito, productos o Medicamentos para regenerar el cabello, Medicamentos anti-fotoenvejecimiento, artículos cosméticos o de belleza, Medicamentos para el acné o la rosácea (incluyendo hormonas y Retin-A) para propósitos cosméticos, mega vitaminas, vitaminas, (salvo aquellas que sean prenatales prescritas durante el Embarazo), artículos para aumento sexual, suplementos, hierbas o drogas por cualquier razón, suministros y artículos médicos que no son prescritos o médicamente necesarios, aun cuando sean recomendados por un Médico.
11. Cura de reposo, servicios de asistencia diaria, ayuda en el hogar o con las actividades de la vida diaria, Terapia Milieu para descanso y/u observación, sean o no prescritas por un Médico. Cualquier ingreso a un centro geriátrico, asilo para ancianos, instalación para cuidados a largo plazo o de rehabilitación, spa, Clínicas de hidroterapia, o instalaciones que no cumplen con la definición de Hospital, Clínica o Sanatorio de esta Póliza. Cualquier ingreso debido parcial o completamente a razones domésticas, donde el Hospital se convierte o podría ser considerado el hogar del Asegurado o su residencia permanente.
12. Cirugía electiva o cosmética, procedimientos, Tratamientos, tecnologías, Medicamentos, artículos, y suministros que no son Médicamente Necesarios para el Tratamiento de una lesión accidental o Enfermedad o Padecimiento cubierto y que solo son proporcionados para mejorar, alterar, aumentar o manipular genéticamente la calidad de una condición actual, del cabello, ojos, visión, tabique nasal, dientes, oído, tamaño físico, edad, capacidad atlética o sexual y cualquier otro atributo mental o físico que no caiga dentro de estas categorías. La cirugía o Terapia cosmética se define como aquella que es realizada para mejorar o cambiar la apariencia por razones de autoestima o para tratar sintomatologías psicológicas o problemas psicosociales relacionados con la apariencia.
13. Cualquier complicación médica que resulte directa o indirectamente de un procedimiento electivo o cosmético.
14. Estudios del sueño y otros Tratamientos relacionados con la apnea del sueño, incluyendo el síndrome de las piernas inquietas.
15. Tratamiento, servicio o Medicamentos para la reducción de peso, control de peso o cualquier forma de suplementos alimenticios. Esta incluye gastos relacionados o asociados a Tratamiento de obesidad, incluyendo, pero no limitada a, cirugía bariátrica, bypass gástrico, balón gástrico, cirugía de derivación gástrica, derivación yeyuno ideal y cualquier otro procedimiento o complicaciones que resulten de dichos procedimientos.
16. Consultas con nutricionistas.

17. Fertilidad/infertilidad, Tratamientos y/o procedimientos de cualquier tipo, así como Medicamentos de fertilidad/infertilidad, incluyendo Medicamentos para regular el ciclo menstrual o de ovulación para propósitos de planificación familiar, inseminación artificial, fecundación in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), Maternidad Subrogada. Cualquier Embarazo que sea resultado de dichos Tratamientos, las complicaciones de dicho Embarazo y el cuidado pre y postparto también están excluidos.
18. Terapia, pruebas o exámenes genéticos.
19. Abortos electivos; cualquier inducción voluntaria para terminar un Embarazo a menos que la vida de la madre esté en peligro inmediato.
20. Cualquier gasto relacionado al cambio de sexo, disfunción sexual, impotencia enfermedades de transmisión sexual y desórdenes relacionados al papiloma humano excepto lo especificado en la cobertura 11. Cáncer derivado del Virus del Papiloma Humano.
21. Cursos de preparación de la maternidad y el parto.
22. Circuncisiones, a menos que sean Médicamente Necesarias y previa autorización por la Compañía.
23. Accidentes causados por parte del Asegurado bajo la influencia del alcohol conforme a las notas médicas o al resultado positivo del estudio toxicológico que conste en las actuaciones ante la autoridad correspondiente cualquiera que sea el grado de intoxicación.
24. Tratamiento para alcoholismo, abuso de solventes, abuso de drogas o condiciones adictivas de cualquier tipo y el Tratamiento de cualquier Enfermedad relacionada con el uso o el abuso de drogas, alcohol o adicción.
25. Lesiones o heridas autoinfligidas, suicidio o intento de suicidio.
26. Lesiones y/o Enfermedades que resulten o se originen a consecuencia de la participación en un acto ilegal por parte del Asegurado.
27. Anteojos, lentes de contacto, lentes de sol.
28. Prótesis y aparatos correctivos o aparatos equivalentes que no son Médicamente Necesarios, excepto las Prótesis o el equipo médico durable usado como parte integral de un Tratamiento prescrito por un Médico, incluidos en las categorías de equipo médico durable o Prótesis y aprobados con anticipación por la Compañía.
29. Sillas de ruedas o camas activadas con motor; artículos de comodidad como brazos ajustables para el teléfono o mesas para usar en la cama; artículos para alterar la calidad del aire o la temperatura, unidades de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores, y purificadores (para purificar el aire); suplementos desechables; bicicletas estacionarias, lámparas solares o de calor, almohadillas térmicas, bidés, asientos para inodoro, asientos para el baño, baños de sauna, elevadores, jacuzzis, equipo para hacer ejercicio o el costo del entrenamiento para el uso y cuidado de cualquier equipo médico durable. La adaptación de cualquier vehículo, cuarto de baño o instalación residencial también están excluidos.
30. Podología de rutina o cualquier otro Tratamiento del pie que no sea necesario para tratar una Enfermedad o lesión. Los zapatos ortopédicos y otros artículos de soporte para los pies, ortesis y soportes del arco del pie y otros servicios y suministros preventivos; cualquier dispositivo o Tratamiento médico necesario como resultado de un diagnóstico de pie plano, inestable, débil

o torcido o arco caído, artrosis del tarso, metatarsalgia, o lesiones específicas del pie, callos, hiperqueratosis, uñas del pie o juanetes.

31. Hormonas del crecimiento, a menos que sean Médicamente Necesarias y previa autorización por la Compañía, incluyendo Tratamientos de estimulación del crecimiento de los huesos.
32. Audífonos o aparatos auditivos y audífonos implantables.
33. Riesgos Excepcionales: a. Tratamiento de una lesión sufrida durante la participación en una actividad peligrosa o deporte excluido en la Póliza; o entrenamiento para la guerra, actos de Terrorismo, actos de hostilidad de enemigos extranjeros, guerra civil, rebelión, revolución o insurrección; b. Contaminación química; c. Contaminación por radioactividad por cualquier material nuclear o la combustión de combustible nuclear; d. Tratamiento por cualquier pérdida o gasto que sea resultado, o causado, o en conexión con la exposición voluntaria al peligro o a una lesión corporal, excepto cuando dicho comportamiento se realice para salvar una vida humana.
34. Tratamientos, servicios y suministros relacionados con a) los dientes, b) las encías (cuando no sean tumores), c) cualquier otra estructura relacionada; d) la prevención o corrección de irregularidades de los dientes y la mal oclusión de la mandíbula con frenillos, alambres o cualquier otro dispositivo mecánico, y e) los implantes dentales, independientemente de la causa, excepto cuando sean consecuencia de un Accidente.
35. Tratamiento, servicios o suministros que sean resultado de prognatismo, retrognatismo, micrognatismo, o cualquier Tratamiento, servicio o suministro para reposicionar el maxilar superior o la mandíbula (maxilar inferior), o ambos. Esta exclusión incluye desórdenes de la mala oclusión de la articulación tempomandibular.
36. Tratamiento, procedimientos de diagnóstico, servicios, suministros para condiciones mentales, nerviosas y del comportamiento, todo servicio de salud mental en ambulatorio.
37. Enfermedades infecciosas declaradas como un brote, epidemia, o de emergencia pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), o cualquier otro organismo o agencia gubernamental del país donde se ha producido el brote o epidemia. Además, dicha cobertura también está excluida si se ha producido una advertencia oficial emitida en contra de viajar al lugar, por el Departamento de Estado, Embajada, aerolínea u otra agencia gubernamental, antes de viajar al país afectado. Esta exclusión no se aplicará si la exposición se produce, durante el viaje hacia o desde zonas no declaradas en situación de riesgo.



V. 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:

- Accidente.** Los Asegurados inscritos en la Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado en la Póliza.
- Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento cubierto, salvo mención contraria, esta quedará cubierta luego de transcurrir 60 (sesenta) días a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado en la Póliza, lapso que no aplica cuando se trate de Renovaciones o Emergencias Médicas.
- La Suma Asegurada** indicada en la Carátula de Póliza aplicará para cada uno de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado.

2. Área de Cobertura

La Póliza está diseñada sobre una base de cobertura mundial.

3. Periodo de Beneficio

La Compañía pagará los gastos por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubiertos, incurridos durante la Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

- 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.
- El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores a la terminación, rescisión, resolución, cancelación o término de la Vigencia, salvo que los gastos tengan relación directa o indirecta con el Siniestro o reclamación que dio origen a la terminación, rescisión, resolución o cancelación, limitándose en este caso, la obligación de la Compañía al pago de los gastos médicos pendientes que se hayan presentado a la Compañía con anterioridad a la fecha de terminación del contrato. Si el Asegurado renueva su Póliza de Seguro de Gastos Médicos Individual 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, Enfermedad o Padecimiento dentro de la cobertura básica.
- La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.

4. Periodo de Gracia

Lapso de 30 (treinta) días naturales 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 el párrafo anterior, 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. El Siniestro solo será reembolsado tras la comprobación del pago de la prima pendiente desde la fecha de caducidad.

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. Periodo al Descubierto

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

Las Enfermedades o Padecimientos generados en dicho periodo, no serán cubiertos en toda la vida del Asegurado.

6. 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 o Asegurado Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (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 previamente registrados ante la CNSF.

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

b. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o el Contratante deberán hacerse por escrito a los domicilios señalados en la Carátula de Póliza. El Contratante o Asegurado

Titular deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurado Titular, se dirigirán al último domicilio o correo electrónico que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

7. Vigencia (Periodo de Póliza)

La Vigencia de este Contrato de Seguro será de un año y entra en vigor desde la fecha estipulada en la Carátula de Póliza.

8. 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.

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 la Edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia o Fecha de Antigüedad.

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.

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.

9. Cancelación del Contrato

Este contrato 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 14 (catorce) 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 y sin ningún Siniestro ocurrido.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro después de los 14 (catorce) 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 y sin ningún Siniestro ocurrido.

La Prima será devuelta mediante la solicitud por escrito del Contratante, dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se ingresó la solicitud de cancelación y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento de Vigencia de la Póliza, y si algún Asegurado cuenta con algún Siniestro reportado a la Compañía, esta no devolverá ningún monto correspondiente a la prima total, incluyendo el derecho de Póliza.

Para proceder con la cancelación, es necesario que el Contratante presente una identificación oficial u otros medios que permitan a la Compañía corroborar plenamente su identidad y autenticar la veracidad; hecho lo cual entregará acuse de recibo a su solicitud y un folio para darle atención y posteriormente, devolver la prima conforme a lo antes expuesto.

10. Extinción de Obligaciones

En virtud de esta cláusula, el Contratante o Asegurado Titular 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.

El Contratante o Asegurado Titular expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas y sin necesidad de intervención judicial alguna 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 o Asegurado Titular para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o el Asegurado Titular, los representantes de éstos con la finalidad de hacer incurrir en error a la Compañía, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

- 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,
- Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación; o
- Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos o privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o Reembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante y al Asegurado Titular la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 15 (quince) 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 relacionados 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.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante o Asegurado Titular 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 o Asegurado Titular 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.

11. Revelación de Comisiones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

12. Altas

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

- a. Para que los hijos nacidos durante la Vigencia de la Póliza queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir lo siguiente:

- 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
- Que sea un Embarazo Cubierto, y
- Se notifique a la Compañía dentro de los 60 (sesenta) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

En caso de que la Madre Asegurada notifique posterior a los 60 (sesenta) días naturales posteriores al nacimiento, implica que la cobertura no está garantizada y está sujeta a la presentación de una nueva Solicitud de Seguro para selección de riesgo.

- b. Para el caso de niño adoptado

- El niño debe tener menos de 19 (diecinueve) años de edad, y
- El Asegurado Titular debe proporcionar notificación por escrito a la Compañía (una copia oficial de los documentos de adopción junto con la notificación), y
- Se debe presentar una Solicitud de Seguro detallando el historial médico del niño.
- La cobertura dependerá de los términos y condiciones de la Póliza. La cobertura no está garantizada y está sujeta a selección de riesgo. Si se aprueba, la cobertura será efectiva a partir de la fecha determinada por la Compañía y después de la fecha de la solicitud.
- Los Padecimientos Preexistentes al momento del Alta declarados en la solicitud no estarán cubiertos por un periodo de 12 (doce) meses a partir de la fecha efectiva de cobertura. Los Padecimientos Preexistentes no declarados nunca estarán cubiertos.

- c. Recién nacidos de un Embarazo que no está cubierto bajo la Póliza, niños nacidos por Maternidad Subrogada o niño resultado de un Tratamiento de fertilidad

En estos casos, para el alta del recién nacido se deberá presentar a la Compañía una copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo del recién nacido, sexo y fecha de nacimiento. Se requiere enviar una Solicitud de Seguro para proceder a la inclusión y la misma será sujeta a selección de Riesgo, la cobertura no está garantizada.

En todos los 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.

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

13. Bajas

En caso de solicitar la Baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado Titular. La Baja aplicará a partir de la fecha de aniversario de la Póliza.

14. Cambio de Plan

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular para celebrar un nuevo Contrato de Seguro, respecto del mismo producto originalmente contratado. La solicitud de cambio de plan deberá de ocurrir en la fecha de aniversario de la Póliza.

El Contratante o Asegurado Titular podrá modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Deducible.

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado Titular deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios y deberá requisitar y firmar la Solicitud de Cambio y cuestionario médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica.

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).

En caso de ser aceptado el cambio de plan, la Compañía deberá notificarlo por escrito, respetando la Fecha de Antigüedad de la Póliza anterior.

15. Cambio de Producto

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular y celebrar un nuevo Contrato de Seguro respecto de un producto distinto que se encuentre vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de la Compañía, este Contrato de Seguro tendrá términos y Condiciones Generales diferentes. La solicitud de cambio de producto deberá ocurrir en la fecha de aniversario de la Póliza.

Para solicitar dicho cambio, el Contratante o Asegurado Titular deberá requisitar y firmar la Solicitud de Seguro y cuestionario médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

La Compañía puede o no aceptar el Cambio de Producto de acuerdo con las políticas de Cambio de Producto vigente.

En caso de que el Asegurado solicite un Cambio de Producto, la Compañía no garantizará:

- La Fecha de Antigüedad del Contrato de Seguro anterior.
- El cambio sin requisitos de asegurabilidad.
- Los Periodos de Espera del plan anterior.
- Los Gastos no Cubiertos (exclusiones).

16. Examen Médico

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Enfermedades o Padecimientos, 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 Enfermedad o Padecimiento evaluado en el Examen Médico que se le haya aplicado para tal Enfermedad o Padecimiento y, que no hubiese sido diagnosticado en el citado Examen Médico.

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

17. Separación de Póliza

Cualquier Asegurado podrá solicitar la separación de la Póliza, en la fecha de aniversario de la Póliza. El Asegurado que se separa de la Póliza, podrá solicitar su inclusión a una Póliza nueva en el mismo plan, coberturas y características, si dicha solicitud se realiza en la fecha de aniversario de la Póliza donde estaba incluido anteriormente, no requerirá para ello pruebas de asegurabilidad.

Pasada la fecha de aniversario, el Asegurado podrá contratar una Póliza nueva, pasando por el proceso de selección médica.

18. Renovación

Este Contrato se considerará renovado por un periodo de un año, si dentro de los últimos 30 días de Vigencia de cada periodo el Contratante no da aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo.

La Renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su Vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro.

La Renovación se otorgará:

- a. En condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, incluyendo servicios de prestadores en convenio, según los productos registrados ante la CNSF en ese momento.
- b. Respetando la Fecha de Alta del Asegurado con la Compañía,
- c. Sin requisitos de Asegurabilidad y
- d. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.

En cada Renovación, la Compañía podrá clarificar y/o incluir Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas adicionales con costo, Cláusulas generales y Servicios de Asistencia, en congruencia con la Póliza objeto de Renovación. Además, se actualizarán los montos de Deducible, Suma Asegurada.

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.

19. Rehabilitación

En caso de que este Contrato de Seguro, se cancele por falta de pago de primas, la Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la Vigencia originalmente pactada, de acuerdo con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes; para estos efectos deberán cumplirse los siguientes puntos:

- El Contratante deberá solicitar por escrito la rehabilitación dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 4. Periodo de Gracia.
- Los Asegurados incluidos en la Póliza cuya rehabilitación se solicita, deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad requeridos por la Compañía.
- Una vez obtenida la aceptación de la rehabilitación por parte de la Compañía, realizar el pago de la prima correspondiente.

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.

La presentación de la solicitud de rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

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

20. 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.

21. Zona de Cobertura (Territorialidad) y País de Residencia

Los gastos médicos deberán incurrirse dentro o fuera de los Estados Unidos Mexicanos y podrán ser cubiertos de

conformidad con lo establecido en este contrato de seguro para cada una de las coberturas.

Para efectos de este Contrato, únicamente estarán cubiertos por este seguro los Asegurados cuyo País de Residencia sea los Estados Unidos Mexicanos. El Asegurado está obligado a notificar a la Compañía por escrito cualquier cambio en el País de Residencia del Asegurado, dentro de los primeros 30 días posteriores a dicho cambio.

En caso de que el Asegurado cambie su País de Residencia a cualquier país, la Compañía rescindiré la Póliza de inmediato y devolverá cualquier prima neta no devengada, menos los cargos de la Póliza. En caso de cambio de residencia y a falta de notificación referente a este cambio, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro sin derecho a devolución de prima no devengada.

Para los Asegurados que residan temporalmente fuera de los Estados Unidos Mexicanos por motivos de estudio, el plazo de residencia podrá ser modificado sujeto a autorización por parte de la Compañía. Pruebas de estudio podrían ser solicitadas.

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.

22. Moneda

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Dólares de los Estados Unidos de América. 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 8º 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 la Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

23. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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.

Cualquier Siniestro provocado por una omisión o inexacta declaración será denegado. Si ese ya hubiera sido pagado, la Compañía se reserva el derecho de recuperar el monto correspondiente.

En caso de cualquier Siniestro provocado por un Padecimiento Preexistente no declarado, la Compañía estará facultada para emitir un Endoso y excluir permanentemente dicho Padecimiento Preexistente de la cobertura.

24. 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 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 del Acuerdo por el que de emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

25. Restricción de Cobertura

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

26. Competencia

En caso de controversia, el Contratante podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

- La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- 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.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del Contratante 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 acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

En el supuesto que el Contratante así lo determine, podrá hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la cláusula 30. 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: <https://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: <https://axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente>

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

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-atencion

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

27. Edad

- a. La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 74 (setenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.
- b. Si a consecuencia de Inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado 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 resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

28. Proveedores Médicos

El Asegurado elige libremente a los proveedores médicos donde desea atenderse, tanto en territorio nacional como en el extranjero, salvo los Gastos Hospitalarios incurridos por el Asegurado dentro de los Estados Unidos de América, donde la Compañía otorgará el beneficio de Pago Directo o Pago por Reembolso al 100% de los Gastos Hospitalarios incurridos únicamente con los proveedores en convenio Globalmex, los cuales podrá consultar llamando al teléfono designado por la Compañía para tal efecto.

Si el Asegurado elige atenderse en los Estados Unidos de América con proveedores distintos a los referidos en el párrafo anterior, la Compañía pagará el 70% de los Gastos Hospitalarios incurridos por el Asegurado vía pago por Reembolso en base al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR).

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores Médicos con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

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

29. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a exigir 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, deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes médicos y estudios relacionados con el Evento Médico reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas.

En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo con lo siguiente:

- a. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los cinco días hábiles siguientes de que este ocurra, salvo Caso Fortuito o Fuerza Mayor.

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

- I. 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.

- II. 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.

30. Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se lista enseguida:

- Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
- Copia de la carátula de Póliza o de la tarjeta de seguro si cuenta con alguna de ellas.
- Solicitud de reclamación; lo que podrá hacer en un escrito de estilo libre o utilizar los formularios que la Compañía le proporcione.
- Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, al plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución del padecimiento, enfermedad o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
- Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete, con interpretación por parte del laboratorio donde confirme el diagnóstico.
- En caso de cualquier Accidente relacionado con la nariz, evidencia radiográfica de fractura.
- Copia de las recetas médicas, que describa el gramaje de la sustancia activa, la dosis y el tiempo de uso.
- Copia del comprobante de domicilio del beneficiario de pago.
- Facturas originales con el detalle de los gastos, así como la comanda hospitalaria en caso de hospitalización.
- Actuaciones de ministerio público, cuando las circunstancias en las que ocurre el siniestro lo ameriten.

En caso de que por las condiciones o características especiales del siniestro se requiera información adicional, la compañía podrá solicitar documentos e información relacionada con el mismo por las cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

31. 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:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Padecimiento, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.
- A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará, el Deducible establecido en la Carátula de la Póliza.
- El Deducible se aplicará por Periodo de Póliza.
- El Asegurado será responsable de hasta un máximo de 2 (dos) Deducibles por familia.
- La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- En caso de que el Asegurado desee que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de Seguro de esta u otra institución, deberá presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar la erogación de dichos gastos.

Prevía autorización por parte de la Compañía

Para las siguientes coberturas, el Asegurado deberá solicitar la autorización previa por parte de la Compañía:

- Tratamiento Oncológico.
- Beneficios de Hospitalización y cirugías.
- Cirugías Ambulatorias.
- Compra de extremidades artificiales.
- Deformidad de nariz y septo nasal por Accidente.
- Complicaciones del Embarazo y perinatales.
- Padecimientos congénitos.
- Tratamientos para el VIH, SIDA y Enfermedades Asociadas al SIDA.
- Cuidados Médicos en el Hogar – Home Care.
- Trasplante de órganos, médula ósea, células madre.
- Ambulancia Aérea – Debe ser coordinada por la Compañía.
- Tratamientos y Medicamentos Altamente Especializados.
- Servicios de Fisioterapia y Terapias de Rehabilitación después de 60 (sesenta) terapias.
- Telemedicina.
- Segundas opiniones médicas remotas.

En caso de no contar con la autorización previa, la Compañía evaluará la procedencia del Siniestro, y en caso de ser aprobado, se pagará el 70% (setenta por ciento) del gasto aprobado para cada factura médica.

32. Coordinación de Beneficio

Cuando un Asegurado tiene una Póliza que le brinda cobertura fuera de su país de residencia y que ofrece beneficios que

también estarían cubiertos bajo esta Póliza, los beneficios serán coordinados con la otra Póliza para evitar que se dupliquen. Esta Póliza se convertirá en una Póliza secundaria.

33. Interés Moratorio

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

34. 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 Honorarios Médicos 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 Honorarios Médicos 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.

35. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un Padecimiento Preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que este a través de un Arbitraje privado decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un Padecimiento Preexistente.

La Compañía y el Asegurado aceptan 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.

36. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, Condiciones Generales, Endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

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

Por correo ordinario en el domicilio registrado al momento de la contratación.

Acudiendo el Asegurado a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

37. 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.

38. Subrogación

Con fundamento en el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato Seguro, la Compañía quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado o beneficiario de pago, hasta el límite de los gastos erogados y pagados en afectación de esta Póliza 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 de los gastos médicos y hospitalarios del Asegurado que haga la Compañía; dicha subrogación incluye las acciones por responsabilidad civil tanto objetiva como subjetiva que pudieran corresponder al Asegurado o beneficiario.

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



VI. Artículos citados en las Condiciones Generales

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

Leyes aplicables

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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 de Seguro

Artículo 8

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9

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

Artículo 10

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

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 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 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 52

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

Artículo 53

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 54

Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

Artículo 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 69

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71

El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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 171

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

Artículo 172

- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Ley de Protección y Defensa de los Usuarios 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 responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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 65

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

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

Artículo 70

En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.

Artículo 71

Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.

Artículo 72 bis

En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

Ley Monetaria

Artículo 8

La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en esta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rijan en el lugar y fecha en que se haga el pago.

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

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

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

Artículo 1883

Cuando se reciba alguna cosa que no se tenía derecho de exigir y que por error ha sido indebidamente pagada, se tiene obligación de restituirla. Si lo indebido consiste en una prestación cumplida, cuando el que la recibe procede de mala fe, debe pagar el precio corriente de esa prestación; si procede de buena fe, solo debe pagar lo equivalente al enriquecimiento recibido.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Artículo 64

Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitida por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.

Artículo 65

Las recetas expedidas por especialistas de la medicina, además de lo mencionado en el artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.

Código Penal Federal

Artículo 139

Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o

terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a este para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando, además:

- El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014).

Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 bis

(Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2007).

Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de Terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 ter

(Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2007).

Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

- Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
- Sabotaje, previsto en el artículo 140;
- Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 quater;
- Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
- Robo, previsto en el artículo 368 quinquies.

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 quater

(Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014).

Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 quater de este Código.

Artículo 139 quinquies

(Artículo adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014).

Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en los Estados Unidos Mexicanos y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstas en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 193

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994).

Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento;

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo;

- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 194

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994).

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009).

Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

Artículo 195 bis

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos Medicamentos sean los necesarios para el Tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando estos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009).

Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194, serán aumentadas en una mitad, cuando:

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá a dichos servidores públicos, además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
- VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y VII. Se trate del propietario, poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso, además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994).

Artículo 196

Derogado.

Artículo 196 bis

(Derogado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de noviembre de 1996).

Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

(Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 1999)

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo de 1996).

Artículo 196 ter

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

(Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 1999).

Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuere la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta en una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994).

Artículo 197

Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultive o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de junio de 2017).

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994).

Artículo 198

El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberán informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009).

Artículo 199

Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en este, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier otro concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

Artículo 400

(Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de diciembre de 1985).

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

(Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2009).

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y (Adicionada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2009).

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

(Adicionada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2009).

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de diciembre de 1985).

a. Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b. El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c. Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

(Adicionado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo de 1996).

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de enero de 1985).

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de este hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

Artículo 400 bis

(Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2014).



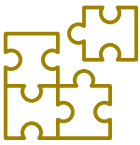
VII. Significado de Abreviaturas

- GMM: Gastos Médicos Mayores.
- USD/US: Dólares.
- M.N.: Moneda Nacional.
- N/A: No Aplica.
- Max.: Máximo.
- Hrs: Horas.
- Art.: Artículo.
- C.P.: Código Postal.
- FEUM: Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- UNE: Unidad Especializada de Atención a Clientes.
- Condusef: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- UCR: Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado.
- IRC: Imagen por Resonancia Magnética.
- VPH: Virus del Papiloma Humano.
- FDA: Food and Drug Administration.



VIII. 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 06 de diciembre de 2024 con el número CNSF-S0048-0159-2024.



IX. ANEXO I – Tabla de Beneficios

Honorarios Médicos y Sublímites de cobertura

Los beneficios son por cada Asegurado, por cada periodo de Póliza, a menos que se indique lo contrario en la siguiente Tabla de Beneficios y se pagarán con base en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR). Para conocer el UCR para el tipo de proceso, el Asegurado puede llamar al número: 55 8525 9500. Los beneficios están sujetos a las exclusiones de la Póliza, limitaciones y condiciones, para los gastos listados, siempre y cuando:

- Hayan sido incurridos como resultado de Enfermedad o lesión accidental, bajo el cuidado de un Médico, y
- Sean Médicamente Necesarios, y
- Hayan sido ordenados por un Médico, y
- Hayan sido administrados en una instalación médica apropiada.

El Asegurado elige libremente a los proveedores médicos donde desea atenderse, tanto en territorio nacional como en el extranjero, para los Gastos Hospitalarios incurridos por el Asegurado dentro de los Estados Unidos de América, la Compañía otorgará el beneficio de Pago Directo o Pago por Reembolso al 100% de los Gastos Hospitalarios incurridos únicamente con los proveedores en convenio Globalmex.

Si el Asegurado elige atenderse en los Estados Unidos de América con proveedores distintos a los referidos en el párrafo anterior, la Compañía pagará el 70% de los Gastos Hospitalarios incurridos por el Asegurado vía pago por Reembolso con base en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR).

SUMA

Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la Póliza.

\$4,000,000 USD

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN

PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS

Servicios durante la hospitalización como son:

- Habitación privada.
- Servicios quirúrgicos.
- Alimentos.
- Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados cardíacos.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Sala de operaciones, curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- Transfusiones de sangre.
- Medicamentos.
- Servicios de anestesia.

100%

Atención general de enfermería

\$150 USD día; máximo de 30 días por periodo de póliza

Acompañante de un menor de edad hospitalizado

\$100 USD día; máximo de 30 días por periodo de póliza

Beneficio de hospitalización por salud mental

100%

Tratamiento de quimioterapia y radioterapia

100%

Cirugía reconstructiva

100%

SERVICIOS AMBULATORIOS	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Consultas médicas (general / especialista)	100%
Estudios de laboratorio y gabinete	100%
Cirugía ambulatoria	100%
Servicios de fisioterapia y/o terapias de rehabilitación	100%; máximo 60 consultas por periodo de póliza, todas las terapias combinadas
Terapia complementaria	100%; máximo 10 consultas por periodo de póliza, todas las terapias combinadas
Medicamentos después de una hospitalización	100%; máximo 6 meses después de la fecha de alta de la hospitalización
Medicamentos para tratamiento ambulatorio	\$20,000 USD por periodo de póliza

EMERGENCIAS	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Accidente tratado dentro de los Estados Unidos Mexicanos	100%; deducible cero
Accidente tratado fuera de los Estados Unidos Mexicanos	100%; aplica deducible
Servicio de ambulancia terrestre de emergencia	100%
Servicio de ambulancia aérea de emergencia	\$50,000 USD; no aplica deducible
Sala de emergencias y servicios médicos de emergencia	100%
Protección dental (tratamiento dental por accidente)	100%; los servicios deben recibirse dentro de los 120 días posteriores al Accidente.
Hospitalización por Accidente Serio fuera de los Estados Unidos Mexicanos (24 horas o más)	100% UCR; no aplica el Deducible para todo el cuidado de salud decurrente del accidente por el resto del Periodo de Póliza
Tratamiento en Centros de Atención de Urgencias en Estados Unidos	Con co-pago de \$50 USD (si no ha cubierto deducible) No aplica Deducible.

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Cirugía profiláctica (únicamente por cáncer ginecológico y sus complicaciones)	100%; \$5,000 USD máximo de por vida
Cirugía refractiva (Lasik)	100%; \$500 USD máximo de por vida
Padecimientos congénitos	\$500,000 USD máximo de por vida si es diagnosticado antes de los 18 años de edad; 100% si es diagnosticado a partir de los 18 años de edad
Trasplante de órganos humanos, médula ósea, sangre y células madre	100%; \$800,000 USD máximo de por vida, lo que incluye los gastos de donantes y gastos de obtención de órganos y tejidos hasta un máximo de \$50,000 USD
Tratamiento oncológico	100%
Medicamentos altamente especializados	100%
Prótesis y órtesis	100%

OTROS BENEFICIOS	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Diálisis	100%
Deportes profesionales	100%; \$50,000 USD máximo por periodo de póliza
Actividades peligrosas y deportes no profesionales (algunos)	100%
Atención Médica Domiciliaria - Home care	100%; \$6,000 USD máximo de 180 días por periodo de póliza
Cuidados paliativos	100%
Equipo médico durable	\$6,000 USD
Extremidades artificiales	\$50,000 USD máximo por periodo de póliza; \$250,000 USD máximo de por vida
Terrorismo	100%
Repatriación de restos mortales	Beneficio máximo por Asegurado: \$10,000 USD
Deformidad de nariz y septo nasal por accidente	100%
Cáncer derivado del Virus del Papiloma Humano	100%

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	
Embarazo cubierto y beneficio del recién nacido (incluidos en los deducibles de \$1,000 USD y \$2,000 USD)	
Se aplica un periodo de espera de 10 meses; no se cubre ningún tratamiento relacionado con el embarazo para la madre o el recién nacido durante este periodo. El deducible no aplica para este beneficio, a menos que se indique lo contrario.	
Complicaciones del Embarazo y Perinatales	Exámenes para el Recién nacido para Deducibles
Si la madre tiene 10 meses de cobertura continua (parto normal o cesárea)	\$5,000 USD beneficio máximo por embarazo

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LOS DEDUCIBLES \$5,000 USD, \$10,000 USD O \$20,000 USD

Almacenamiento de sangre del cordón umbilical	\$500 USD máximo de por vida por embarazo cubierto
Complicaciones del embarazo y perinatales para la Asegurada Titular o cónyuge	\$250,000 USD máximo de por vida, todos los embarazos combinados; aplica deducible

INDEMNIZACIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS / CHECK UP PARA NIÑOS Y ADULTOS

Cuidados preventivos para niños menores de 6 meses.	Cubierto dentro del beneficio de maternidad
Cuidado de salud preventivo para niños (mayores de 6 meses de edad). Se aplica periodo de espera de 6 meses.	\$400 USD máximo por periodo de póliza; no aplica deducible
Cuidado de salud preventivo para adultos (mayores de 18 años). Se aplica periodo de espera de 6 meses.	\$400 USD máximo por periodo de póliza; no aplica deducible
VIH, SIDA y Enfermedades Asociadas al SIDA, se aplica período de espera de 36 meses.	100%; \$500,000 USD máximo de por vida

BENEFICIO MÁXIMO DE LA COBERTURA

Se establecen \$10,000,000 USD (diez millones de dólares) como la cantidad máxima acumulada que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para el mismo accidente o enfermedad, de acuerdo con este Contrato de Seguro.



Llámanos sin costo
800 001 8700
axa.mx



Este material es únicamente informativo. Los productos se registrarán por las disposiciones contractuales y legales aplicables. Para conocer a detalle los alcances, coberturas y exclusiones consulta las condiciones generales de la póliza.

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México,
Tels. 800 900 12 92 • *AXA (*292) • axa.mx

