



Global healthcare

Globalmex[®] Assure

Condiciones Generales



I. Definiciones 4

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	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	5
28. Hospital, Clínica o Sanatorio	5
29. Hospitalización	5
30. Intervención Quirúrgica o Procedimiento Quirúrgico	5
31. Madre Asegurada	6
32. Mantenimiento Artificial de la Vida	6
33. Maternidad Subrogada	6
34. Medicamento	6
35. Medicamento Altamente Especializado	6
36. Médicamente Necesario	6
37. Médico	6
38. Padecimiento Congénito	6
39. Padecimientos Preexistentes	6
40. Pago Directo	6

41. Pago por Reembolso	7
42. País de Residencia	7
43. Periodo de Espera	7
44. Previa Autorización	7
45. Prótesis	7
46. Reproducción Asistida / Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)	7
47. Segunda Opinión Médica Remota	7
48. Siniestro	7
49. Solicitud de Seguro	7
50. Suma Asegurada Anual	7
51. Suma Asegurada Máxima	7
52. Tabla de Beneficios	7
53. Telemedicina	7
54. Terapia Complementaria	8
55. Terrorismo	8
56. Tratamiento o Terapia	8
57. Tratamientos Experimentales	8

II. Objeto del seguro 8

III. Cobertura Básica 9

a. Hospitalización	9
b. Servicios Ambulatorios	10
c. Accidentes y Emergencias	11
d. Tratamientos Especializados	13
e. Otros Beneficios	15
f. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera	18

IV. Exclusiones (Gastos No Cubiertos) 23

V. Cláusulas Generales	26
1. Cobertura del Contrato de Seguro	26
2. Área de Cobertura	26
3. Periodo de Beneficio	26
4. Periodo de Gracia	26
5. Periodo al Descubierto	26
6. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	26
a. Corrección del Contrato de Seguro	26
b. Notificaciones	26
7. Vigencia (Periodo de Póliza)	27
8. Primas	27
9. Cancelación del Contrato	27
10. Extinción de Obligaciones	27
11. Altas	28
12. Bajas	28
13. Cambio de Plan	29
14. Cambio de Producto	29
15. Examen Médico	29
16. Separación de Póliza	29
17. Renovación	29
18. Rehabilitación	30
19. Prescripción	30
20. Zona de Cobertura (Territorialidad) y País de Residencia	30
21. Moneda	30
22. Omisiones o Inexactas Declaraciones	30
23. Agravación del Riesgo	31
24. Restricción de Cobertura	31
25. Competencia	31
26. Edad	32
27. Proveedores Médicos	32
28. Siniestros	32
29. Comprobación del Siniestro	32
30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros y Aplicación de Deducible	33
31. Programación de Primera Cita Clínica en los Estados Unidos de América	34
32. Coordinación de Beneficio	34
33. Interés Moratorio	34
34. Beneficios Fiscales	34
35. Arbitraje Médico	34
36. Entrega de la Documentación Contractual	34
37. Responsabilidad de la Compañía	34
38. Subrogación	35

VI. Artículos citados en las Condiciones Generales	35
VII. Registro	36
VIII. ANEXO I – Tabla de Beneficios	37
Beneficios Principales	37



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 produzca lesiones corporales al Asegurado que sean demostrables clínica y radiológicamente.

Las lesiones corporales derivadas del mismo Accidente, así como su Tratamiento médico o Procedimiento Quirúrgico, recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se integrarán en un mismo Siniestro, conforme a la definición de Siniestro.

No se considerarán Accidentes: (i) las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado; ni (ii) aquellos casos donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico ocurra después de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del evento que le dio origen.

2. Accidente Serio

Accidente que requiera Hospitalización por un periodo continuo de al menos 24 (veinticuatro) horas iniciadas sin alta ambulatoria previa.

3. Ambulancia Aérea

Aeronave especialmente equipada con el personal médico, suministros y equipo hospitalario necesarios para el traslado del Asegurado.

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.

5. Asegurado(a) Titular

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

6. Asistencia a Largo Plazo

Cuidados y apoyos no indispensables para la atención médica del Asegurado dentro de un Hospital, que pueden recibirse fuera de este.

7. Atención Médica Domiciliaria

Programa para el cuidado y Tratamiento del Asegurado en su domicilio, como consecuencia de un Accidente o Enfermedad, indicado y aprobado por escrito por su Médico Tratante.

8. Caso Fortuito

Suceso ajeno a la voluntad humana, de tal fuerza, magnitud o impacto que resulte imposible resistir, como los fenómenos de la naturaleza.

9. Centro de Atención de Urgencias

Clínica ambulatoria enfocada en la atención médica de enfermedades y lesiones menores, ubicada fuera de un Departamento de Emergencias (Emergency Department, "ED"), independiente o integrado a un Hospital. Incluye, enunciativa más no limitativamente, clínicas sin cita previa fuera de 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 posterior 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 solicita la celebración del Contrato de Seguro y se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente.

13. Contrato de Seguro o Póliza

Documento integrado por:

- a. Solicitud de Seguro y cuestionarios anexos.
- b. Carátula de Póliza.
- c. Condiciones Generales.
- d. Endosos.
- e. Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- f. Información adicional proporcionada para la contratación, incluyendo formatos requisitados a solicitud de la Compañía.

14. Cuidados no Agudos

Atenciones médicas que, por su naturaleza y bajo riesgo asociado a la demora, no requieren de una hospitalización.

15. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado, indicado en la Carátula de Póliza. Una vez rebasado, inicia la obligación de pago de la Compañía hasta por la Suma Asegurada contratada.

El Deducible se reinstala en cada periodo de Póliza y no es reembolsable ni compensable.

16. Dependientes Económicos

Personas que dependan económicamente del Asegurado Titular:

- Cónyuge o concubina(o).
- Hijos hasta los 19 (diecinueve) años solteros y sin hijos; o hasta 24 (veinticuatro) años solteros, sin hijos y estudiantes de tiempo completo en una institución educativa legalmente autorizada, renovada la fecha de emisión o renovación de la Póliza.
- Hijos del cónyuge o concubina(o), cuando así lo solicite el Asegurado Titular.

17. Embarazo Cubierto

Embarazo que cumpla todos los requisitos siguientes:

- a. Fecha probable de parto posterior a 10 (diez) meses desde la Fecha de Alta de la Madre Asegurada.
- b. No derivado de tratamientos de esterilidad/ infertilidad ni Maternidad Subrogada.
- c. Cobertura incluida en la Póliza con deducible de \$1,000 o \$2,000 (mil o dos mil dólares de los Estados Unidos de América); y
- d. Cumplimiento de criterios de elegibilidad establecidos en el apartado correspondiente.

18. Emergencia Médica

Alteración súbita e imprevista de la salud del Asegurado que ponga en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, que requiera de atención médica inmediata. Una vez estabilizada la condición, cesará la Emergencia Médica.

19. Endoso

Convenio escrito que modifica las Condiciones Generales y forma parte integrante del Contrato de Seguro. Prevalecerá sobre estas en lo que se contrapongan.

20. Enfermedad

Alteración de la salud que amerite Tratamiento médico o Intervención Quirúrgica.

Las consecuencias directas, recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas se integrarán en un mismo Siniestro, conforme a la definición aplicable.

21. Evacuación Médica

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

22. Evento Médico

Ocasión en que el Asegurado utiliza uno o más servicios médicos o terapéuticos como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad.

23. Fecha de Alta Hospitalaria

Fecha en que el Asegurado egresa del Hospital tras una Hospitalización mayor a 24 horas con autorización de su Médico Tratante.

24. Fecha de Antigüedad

Fecha a partir de la cual el Asegurado goza de los beneficios del Contrato de Seguro, indicada en la Carátula de Póliza.

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

25. Fuerza Mayor

Acontecimiento inesperado y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado que no ha podido preverse o evitarse.

26. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

- a. Monto determinado conforme a tarifas usuales en el área geográfica correspondiente o conforme a criterios y tabuladores de la Compañía, considerando complejidad, especialización y servicios requeridos.

27. Honorarios Médicos

- a. Montos máximos que la Compañía cubrirá por cada Accidente o Enfermedad cubierto.
- b. Para consultar los honorarios médicos, llámanos al: 55 8525 9500.
- c. La Compañía no es responsable por los servicios brindados por los Médicos.
- d. La Compañía únicamente es responsable del pago a los 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

Institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos u hospitalarios.

No se considera Hospital, Clínica o Sanatorio las casas para ancianos, casas de descanso, asilos, clínicas estéticas o de tratamiento naturales.

29. Hospitalización

Estancia continua de al menos 24 horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio, médicamente justificada por un Médico, que inicia con el ingreso y concluye con la Fecha de Alta Hospitalaria o carta responsiva correspondiente.

30. Intervención Quirúrgica o Procedimiento Quirúrgico

Procedimiento médico invasivo, con finalidad diagnóstica o terapéutica, realizado por un Médico legalmente facultado, que implique corte o incisión y/o disección de tejidos o la apertura de una cavidad o plano anatómico, o bien la manipulación mecánica directa de estructuras anatómicas, y que por su naturaleza requiera el uso de quirófano o sala de procedimientos quirúrgicos del hospital, con o sin anestesia.

No se considerarán intervención quirúrgica: inyecciones, infiltraciones, venopunciones, curaciones, procedimientos odontológicos, procedimientos de consultorio sin sala quirúrgica y procedimientos estéticos.

31. Madre Asegurada

Persona incluida en la Póliza en quien ocurre el proceso de gestación.

32. Mantenimiento Artificial de la Vida

Conjunto de intervenciones médicas, farmacológicas o tecnológicas destinadas a sostener funciones vitales del organismo de manera asistida, cuando existe compromiso grave de dichas funciones, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa: ventilación mecánica invasiva o no invasiva, soporte hemodinámico con medicamentos vasoactivos, diálisis o terapias de reemplazo renal, nutrición parenteral total y otros dispositivos o tratamientos que sustituyan o suplan funciones orgánicas esenciales.

Para efectos de esta Póliza, estos tratamientos deberán ser indicados por un médico tratante y contar con evidencia clínica que demuestre su necesidad médica.

33. Maternidad Subrogada

Práctica médica de Reproducción Asistida o de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), mediante la cual una mujer gesta un embrión para terceros.

34. Medicamento

Toda substancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

El Medicamento deberá estar prescrito por el Médico y estar relacionado con el Tratamiento del Accidente, Enfermedad cubierto.

Para que sea considerado Medicamento en los Estados Unidos Mexicanos, deberá contar con registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o aquella autoridad o dependencia gubernamental autorizada para emitir el registro sanitario antes señalado.

Asimismo, para que sea considerado Medicamento fuera de los Estados Unidos Mexicanos, deberá estar aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América (<https://www.fda.gov/fda-en-espanol/>) para la Enfermedad específica diagnosticada.

35. Medicamento Altamente Especializado

Medicamento cuyo precio al público sea mayor a 1,000 USD (mil dólares de los Estados Unidos de América) por dosis.

36. Medicamento Necesario

Medicamento, Tratamiento, servicio o suministro prescrito por un Médico, adecuado a la condición del Asegurado y consistente con prácticas médicas prevalecientes y criterios (Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado “UCR”).

37. Médico

Profesional de la salud, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina y en su caso de su respectiva especialidad en el país donde el Asegurado reciba atención médica.

Debe participar activa y directamente en la atención del Asegurado para la procedencia de gastos.

38. Padecimiento Congénito

Enfermedad o desorden existente antes del parto, se haya o no manifestado al nacimiento.

39. Padecimientos Preexistentes

Aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a. Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b. 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, y/o;
- c. 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;
- d. 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 de que se trate.

40. Pago Directo

Beneficio mediante el cual la Compañía paga directamente al proveedor en convenio por la atención médica brindada al Asegurado.

La Compañía no asume responsabilidad por la práctica médica brindado por el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete, o farmacia que elija el Asegurado.

La Compañía únicamente es responsable del Pago Directo 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.

41. Pago por Reembolso

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

42. País de Residencia

País donde el Asegurado resida por más de 180 (ciento ochenta) días en cualquier período de 12 (doce) meses durante la vigencia de la Póliza.

43. Periodo de Espera

Tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la Fecha de Antigüedad del Asegurado hasta la ocurrencia del Siniestro, a fin de que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía.

44. Previa Autorización

Evaluación previa por parte de la Compañía, respecto a la procedencia de cualquier Intervención Quirúrgica, Medicamento o Tratamiento, de acuerdo con las Condiciones Generales.

45. Prótesis

Pieza injerta, tejido o implante que sustituye una parte del cuerpo.

46. Reproducción Asistida / Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)

Conjunto de procedimientos, métodos o técnicas médicas destinadas a lograr un embarazo o la procreación mediante intervención sobre gametos, embriones o el aparato reproductor, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa: inducción/estimulación de la ovulación con fines reproductivos, inseminación intrauterina o artificial, fertilización in vitro (FIV), microinyección espermática (ICSI), aspiración/obtención de ovocitos, transferencia embrionaria, criopreservación/almacenamiento y descongelación de óvulos, espermatozoides o embriones, donación de gametos o embriones, gestación o maternidad subrogada/portación gestacional, así como cualquier procedimiento preparatorio, complementario, de laboratorio, de seguimiento o de apoyo relacionado con lo anterior, independientemente del nombre comercial, clave, codificación o denominación utilizada por el prestador.

47. Segunda Opinión Médica Remota

Revisión de información clínica por un Médico distinto, sin consulta presencial.

48. Siniestro

Conjunto de gastos procedentes, efectivamente erogados y comprobados, generados durante la Vigencia de la Póliza, derivados de un mismo Accidente o de una misma Enfermedad cubierta.

El Siniestro se integra a partir de la primera atención médica y/o del primer gasto médico relacionado. El diagnóstico médico definitivo, cuando exista, servirá para su clasificación, sin constituir requisito para la integración del Siniestro.

49. Solicitud de Seguro

Documento que contiene la oferta del riesgo por parte del solicitante y las declaraciones relevantes para su valoración por parte de la Compañía. Forma parte del Contrato.

50. 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.

51. Suma Asegurada Máxima

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía para un mismo Accidente o Enfermedad durante la vida del Asegurado, siempre y cuando la Póliza se mantenga vigente: 10,000,000 USD (diez millones de dólares de los Estados Unidos de América).

52. Tabla de Beneficios

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

53. Telemedicina

Prestación de servicios médicos a distancia, 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-19.
- 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.



II. Objeto del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es cubrir al Asegurado conforme a los límites, condiciones y exclusiones establecidos en esta Póliza, los gastos procedentes en que incurra, dentro o fuera del territorio nacional, como consecuencia de la atención médica que reciba derivada de un Accidente o de una Enfermedad cubierta, siempre que dichos gastos se encuentren relacionados con un Siniestro y cumplan con lo dispuesto en este Contrato de Seguro.

54. Terapia Complementaria

Tratamientos prescritos por el Médico tratante, como complemento o conclusión de un Tratamiento médico.

55. Terrorismo

Uso sistemático de la violencia, la amenaza o la coerción contra poblaciones civiles o gobiernos para infundir terror y alcanzar objetivos políticos, ideológicos o religiosos.

56. Tratamiento o Terapia

Conjunto de medios destinados a la curación o el alivio de un Accidente o Enfermedad cubierto.

57. Tratamientos Experimentales

Procedimientos médicos, terapias o Tratamientos que se encuentren en etapa de investigación, estudio o ensayo clínico, o que no hayan sido reconocidos como práctica médica estándar para uso general, ni cuenten con aprobación o autorización por parte de la autoridad sanitaria competente para la indicación correspondiente en el país donde se preste el servicio.

También se considerarán Tratamientos Experimentales aquellos Medicamentos, dispositivos o técnicas que:

- a) se encuentren sujetos a evaluación respecto de su seguridad, eficacia o resultados comprobados a largo plazo;
- b) estén disponibles únicamente dentro de protocolos de investigación, programas piloto o entornos de investigación; o
- c) se utilicen fuera del alcance de su autorización regulatoria.



III. Cobertura Básica

Quedan cubiertos, dentro o fuera del territorio nacional, los gastos erogados por Tratamientos y/o procedimientos Médicamente Necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, derivados de un Accidente o de una Enfermedad cubierta, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I y a las Condiciones Generales de esta Póliza.

a. Hospitalización

1. Servicios durante la Hospitalización

Quedan cubiertos los gastos generados por una Hospitalización, derivados de un Accidente o de una Enfermedad cubierta, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I, incluyendo:

- a. Habitación privada estándar en territorio nacional y habitación privada en territorio extranjero, sujetas a disponibilidad.
- b. Intervenciones Quirúrgicas, incluyendo Honorarios Médicos correspondientes al Procedimiento Quirúrgico cubierto. Comprenden procedimientos de operación o extirpación, tratamiento de fracturas y dislocaciones, así como procedimientos de parto o cesárea, cuando procedan conforme a esta Póliza.
- c. Alimentos suministrados al Asegurado durante la Hospitalización.
- d. Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados cardíacos, cuando sean Médicamente Necesarios.
- e. Estudios de laboratorio y gabinete prescritos por el Médico tratante y relacionados con el Accidente o Enfermedad cubiertos.
- f. Uso de instalaciones hospitalarias, incluyendo sala de operaciones, sala de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- g. Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, plaquetas u otros derivados sanguíneos, así como pruebas de compatibilidad de los donantes.
- h. Medicamentos administrados durante la Hospitalización al Asegurado, prescritos por el Médico tratante y que estén relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta.
- i. Servicios de anestesia, siempre que sean prestados por un profesional distinto al cirujano y su asistente, para un Procedimiento Quirúrgico cubierto.
- j. Atención general de enfermería durante la Hospitalización.
- k. Servicios Médicos durante Hospitalización:

La Compañía cubrirá la visita de un Médico por día mientras el Asegurado permanezca Hospitalizado. Las visitas correspondientes al cuidado preoperatorio o postoperatorio se considerarán incluidas dentro de los honorarios médicos y no se cubrirán de forma independiente.

Cuando sea Médicamente Necesario, la Compañía podrá autorizar más de una visita diaria de diferentes Médicos con especialidades distintas. En caso de visitas prolongadas, repetidas o intensivas derivadas de una condición crítica, la procedencia y monto del pago se evaluarán caso por caso, previa revisión de la documentación médica que sustente la necesidad médica.

Hospitalización (gastos por habitación, sala o cama). Serán cubiertos únicamente cuando, derivado de un Accidente o Enfermedad cubiertos, exista indicación médica por escrito de internamiento y la atención requiera recursos hospitalarios que razonablemente no puedan prestarse de forma ambulatoria (por ejemplo: cirugía/anestesia, vigilancia clínica continua, administración de medicamentos o fluidos intravenosos con monitoreo, oxigenoterapia o ventilación, hemoderivados, monitoreo cardiaco continuo, o cuidados de enfermería hospitalaria por condición clínica). La cobertura por concepto de habitación hospitalaria se limitará al costo correspondiente a habitación privada estándar conforme a los tabuladores y prácticas hospitalarias. En caso de que el Asegurado opte por una habitación de categoría superior, cualquier diferencia en el costo deberá ser cubierta por el Asegurado.

No se cubrirán gastos de hospitalización cuyo propósito sea recibir Cuidados no Agudos, Asistencia a Largo Plazo, cuidados de mantenimiento crónico o convalecencia, alojamiento por conveniencia, o cuando el procedimiento/atención pudiera realizarse de forma ambulatoria sin afectar la seguridad del Asegurado, a juicio médico y conforme a prácticas hospitalarias razonables.

No se cubrirán los costos adicionales derivados de la elección de habitación hospitalaria de categoría superior a la habitación privada estándar.

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 durante la Hospitalización del Asegurado por bulimia, anorexia, desorden bipolar, paranoia, esquizofrenia y depresión clínica, de acuerdo con lo especificado en el Anexo I - Tabla de Beneficios de este Contrato de Seguro.

Todos los servicios deberán ser prescritos por un Médico psiquiatra. Para efectos de esta cobertura, se entenderá como depresión clínica a un trastorno mental de duración mayor a 2 (dos) semanas que requiera tratamiento psiquiátrico conforme a criterio médico.

4. Tratamiento de quimioterapia y radioterapia

Quedan cubiertos los Tratamientos de quimioterapia y radioterapia cuando sean Médicamente Necesarios y formen parte del Tratamiento prescrito por el Médico tratante, derivado de una Enfermedad o Accidente por el cual el Asegurado se encuentre Hospitalizado, conforme a la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

Incluye:

- Quimioterapia administrada por un Médico o personal de enfermería bajo supervisión médica.
- Radioterapia administrada por un radiólogo para el tratamiento de Enfermedades de malignidad comprobada o Enfermedades neoplásicas.

5. Cirugía Reconstructiva

La Compañía cubrirá los Procedimientos Quirúrgicos destinados a la restauración funcional como consecuencia de un Accidente, cáncer o defecto congénito, mediante técnicas de cirugía plástica, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

La cobertura resultará aplicable cuando el evento médico que origine la necesidad de cirugía reconstructiva ocurra durante la vigencia de la Póliza y cuente con cobertura conforme a sus términos y condiciones.

El Asegurado deberá solicitar Previa Autorización en aquellos casos en que el procedimiento no derive de un Accidente, conforme a los lineamientos establecidos por la Compañía.

Este beneficio no incluye Procedimientos Quirúrgicos con fines exclusivamente estéticos.

b. Servicios Ambulatorios

Cuando el Asegurado reciba Tratamiento Ambulatorio en un Hospital, Clínica, o Sanatorio, los gastos derivados se cubrirán conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I de este Contrato, entendiéndose por Servicios Ambulatorios, aquellos que:

- No requieran Hospitalización igual o mayor a 24 (veinticuatro) horas.
- Deriven de una Emergencia Médica o correspondan a servicios Médicamente Necesarios.

1. Consultas Médicas

La Compañía cubrirá las consultas médicas conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

Las Segundas Opiniones Médicas Remotas estarán cubiertas como consultas médicas ambulatorias.

No se cubrirán exámenes de rutina, servicios de diagnóstico preventivo ni cuidados rutinarios que no sean Medicamente Necesarios.

2. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos los gastos por estudios de laboratorio y gabinete que resulten indispensables para el diagnóstico o Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto, conforme la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

3. Intervención Quirúrgica Ambulatoria

Quedan cubiertos los gastos derivados de Procedimientos Quirúrgicos que puedan realizarse sin requerir Hospitalización, en el consultorio del Médico o en un Hospital, Sanatorio o Clínica, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I. Si el costo excede \$5,000 USD (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América), la cobertura requiere Previa Autorización por parte de la Compañía.

4. Servicios de Fisioterapia y/o Terapias de Rehabilitación

Quedan cubiertos los servicios de Terapia respiratoria, Terapia física y Terapia ocupacional cuando sean Médicamente Necesarios y formen parte del plan de Tratamiento prescrito por el Médico Tratante, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, siempre que:

- a) Produzcan una mejora funcional significativa en un periodo razonable y previsible; y
- b) Requieran un nivel de complejidad tal que solo puedan ser realizadas de manera segura y efectiva por personal legalmente autorizado.

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

5. Terapia Complementaria

Las Terapias Complementarias cubiertas son: osteopatía, quiropráctica, psiquiatría, homeopatía y Terapia de habla, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

Estas terapias deberán utilizarse como complemento de la medicina convencional, formar parte del plan de Tratamiento indicado por el Médico Tratante y tener como finalidad apoyar el restablecimiento funcional del Asegurado.

6. Medicamentos Después de una Hospitalización

Se cubrirán los Medicamentos prescritos por un Médico para el Tratamiento de una Enfermedad cubierta, hasta por un periodo máximo de 6 (seis) meses posteriores a la Fecha de Alta Hospitalaria, conforme a la definición de Medicamento y a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

No se cubrirán vitaminas, suplementos, hierbas, analgésicos de libre venta, remedios para resfriado ni Medicamentos que no cumplan con la definición de Medicamento de este Contrato de Seguro.

Tampoco se cubrirán Medicamentos o Tratamientos considerados alternativos, Experimentales o no reconocidos de manera general por la práctica médica, aun cuando hayan sido prescritos por un Médico.

7. Medicamentos derivados de Servicios Ambulatorios

Se cubren los Medicamentos para Servicios Ambulatorio, siempre que:

- a) Hayan sido prescritos por un Médico para el Tratamiento de una Enfermedad cubierta;
- b) Requieran prescripción médica para su adquisición; y
- c) Cumplan con la definición de Medicamento establecida en este Contrato de Seguro, todo ello hasta el monto y conforme a los límites establecidos en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

No se cubrirán, aun cuando hayan sido recomendados o prescritos por un Médico, los Tratamientos y Medicamentos que consistan en vitaminas, suplementos, hierbas, analgésicos de libre venta, remedios para el resfriado, ni aquellos que no se apeguen a la definición de Medicamento prevista en estas Condiciones Generales.

Tampoco se cubrirán Medicamentos o Tratamientos que no cuenten con reconocimiento científico o médico general para el diagnóstico específico, ni aquellos considerados como Tratamientos alternativos, Experimentales o no aceptados de manera general por la práctica médica, aun cuando hayan sido prescritos por un Médico.

c. Accidentes y Emergencias

1. Accidente tratado dentro de los Estados Unidos Mexicanos y en el extranjero

En caso de Accidente, la Compañía exentará al Asegurado del pago de Deducible correspondiente por el año Póliza en el que ocurra el Accidente, siempre que la atención médica y/o el primer gasto médico relacionado ocurra dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.

Cuando el Accidente ocurra dentro de los 3 (tres) últimos meses de Vigencia de la Póliza, la exención del Deducible aplicará para la Vigencia inmediata posterior, exclusivamente respecto de los gastos derivados del mismo Accidente que dio origen al Siniestro.

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

Queda cubierta la Hospitalización por Accidente Serio ocurrida fuera de los Estados Unidos Mexicanos, entendida conforme a la definición de Accidente Serio establecida en este Contrato de Seguro, siempre que:

- a) Exista una lesión corporal demostrable derivada de una causa externa, súbita e involuntaria;
- b) La Hospitalización se inicie sin alta ambulatoria previa y tenga una duración continua de al menos 24 (veinticuatro) horas; y
- c) Dicha Hospitalización sea Médicamente Necesaria para evitar un riesgo grave para la vida o la integridad física del Asegurado.

La procedencia de esta cobertura se determinará con base en la documentación médica disponible, incluyendo notas de evaluación, reportes de sala de emergencia y documentos de admisión hospitalaria, conforme a los criterios médicos y administrativos de la Compañía.

3. Servicios de Ambulancia Terrestre de Emergencia

Se cubre los servicios de ambulancia terrestre por una Emergencia Médica, para el traslado del Asegurado al Hospital más cercano en el que pueda brindarse el nivel de atención adecuado, conforme a lo indicado en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

El uso de servicios de ambulancia que no resulte Médicamente Necesarios no se considera un gasto cubierto.

4. Servicios de Ambulancia Aérea de Emergencia y Evacuación Médica

Se cubren, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, los servicios de Ambulancia Aérea y la Evacuación Médica, siempre que:

- a) Exista una Emergencia Médica con riesgo inminente para la vida o de pérdida de una extremidad u órgano;
- b) El servicio cuente con Previa Autorización por parte de la Compañía; y
- c) El Tratamiento médico requerido no pueda realizarse localmente y el traslado por otro medio represente un riesgo para la vida del Asegurado.

En situaciones de Emergencia que requieran evacuación Médica, el Asegurado o sus representantes deberán contactar a la Compañía a la brevedad posible para la autorización y coordinación del traslado.

En caso de no cumplir con estas condiciones, el costo total del transporte quedará a cargo del Asegurado.

La evacuación y la institución médica de destino deberán ser previamente autorizadas por la Compañía. El traslado deberá ser realizado por un proveedor legalmente autorizado, con personal médico calificado y equipo adecuado para la atención de emergencias médicas.

Se cubrirán los gastos de traslado únicamente al lugar más cercano en el que exista un proveedor médico idóneo para otorgar el Tratamiento Médicamente Necesario.

El costo de una persona acompañante podrá estar cubierto bajo este beneficio, previa autorización de la Compañía.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los proveedores médicos, la Compañía no asume responsabilidad por deficiencias o fallas en la práctica médica ni por los servicios prestados por dichos proveedores.

La Compañía únicamente será responsable del pago a Proveedores Médicos o del pago por Reembolso al Asegurado de los gastos procedentes y cubiertos conforme a este Contrato de Seguro.

Adicionalmente, se cubrirá el costo de un pasaje aéreo en clase económica, hasta un monto máximo de 2,000 USD (dos mil dólares de los Estados Unidos de América) por persona, para el viaje de retorno al lugar de residencia del Asegurado y de una persona acompañante, siempre que dicho viaje se realice dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del traslado.

5. 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.

6. 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. La cobertura se otorgará hasta lo establecido en la Tabla de Beneficios indicados en el Anexo I.

7. Tratamiento en Centros de Atención de Urgencias

Esta Póliza cubre los Tratamientos médicos recibidos en Centros de Atención de Urgencias únicamente dentro de los Estados Unidos de América, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

d. Tratamientos Especializados

1. Cirugía Profiláctica

Se cubre la Cirugía Profiláctica exclusivamente para el cáncer ginecológico, incluyendo mastectomía y/u ooforectomía, siempre que:

- Derive de un resultado positivo en la prueba genética BRCA (cáncer de seno - con base en el protocolo de American Cancer Association (Asociación Americana del Cáncer));
- Dicha indicación se realice conforme a protocolos médicos reconocidos internacionalmente para la prevención del cáncer; y
- El procedimiento sea Médicamente Necesario y prescrito por un Médico.

La cobertura se otorgará conforme a los límites y condiciones establecidos en la Tabla de Beneficios indicada 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 miopía, hipermetropía y astigmatismo, siempre que el procedimiento sea Médicamente Necesario, conforme a criterio médico. La cobertura se otorgará hasta el límite indicada en el Anexo I de este Contrato de Seguro.

3. Padecimientos Congénitos

Quedan cubiertos los gastos por Padecimientos Congénitos, hasta los límites señalados en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, siempre que:

- 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 se cubrirán exclusivamente conforme a lo previsto en este apartado, sin perjuicio de lo dispuesto en otras secciones aplicables del Contrato de Seguro.

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

Se cubren los trasplantes de órganos humanos, médula ósea, sangre y células madre, siempre que:

- El receptor del trasplante sea un Asegurado bajo esta Póliza;
- El trasplante sea indicado por el Médico Tratante y confirmado por un Médico especialista en trasplantes; y
- El procedimiento cuente con Previa Autorización de la Compañía.

La cobertura se otorgará hasta el límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, y comprenderá, como parte del beneficio máximo para trasplante:

- Cuidados previos al trasplante, incluyendo evaluación, preparación y estabilización del Asegurado, así como la evaluación y preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad.
- Estudios y exámenes previos al procedimiento, incluyendo laboratorio, estudios de imagen, biopsias y Medicamentos relacionados.
- Costos para la obtención, provisión, transporte y almacenamiento del órgano, tejido o células, incluyendo médula ósea y células madre.
- Hospitalización, cirugías, honorarios médicos del equipo participante en la Intervención Quirúrgica, Medicamentos y demás Tratamientos Médicamente Necesarios durante el procedimiento.
- Atención posterior al trasplante, incluyendo Tratamientos de seguimiento Médicamente Necesarios y complicaciones derivadas directa o indirectamente del trasplante.
- Medicamentos y medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad del órgano, tejido o célula trasplantada.
- Atención médica domiciliar y servicios de enfermería relacionados con el trasplante, tales como cuidado de heridas, infusiones, evaluaciones, transporte de emergencia, consultas médicas y Medicamentos relacionados.

Tratándose de trasplantes realizados en los Estados Unidos de América, esta cobertura aplicará únicamente cuando el procedimiento se lleve a cabo en Hospitales especializados en Trasplantes conforme a los criterios establecidos por la Compañía.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores Médicos, la Compañía no asume responsabilidad por deficiencias o fallas en la práctica médica ni por los servicios prestados por dichos proveedores. La Compañía únicamente será responsable del pago a Proveedores Médicos o del Pago por Reembolso de los gastos procedentes y cubiertos conforme a este Contrato de Seguro.

5. Tratamiento Oncológico

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento médico oncológico en el ámbito ambulatorio, incluyendo:

- Quimioterapia;
- Terapia hormonal y otros medicamentos oncológicos;
- Oncología de radiación (radioterapia); y
- Oncología quirúrgica,

Siempre que dichos Tratamientos sean Medicamente Necesarios y prescritos por un Médico, conforme al diagnóstico correspondiente.

Los Medicamentos deben ser los especificados por FDA (Food and Drug Administration) para cada tipo de cáncer para que sean cubiertos, y que estén debidamente aprobados por la autoridad sanitaria competente del país donde se reciba el tratamiento.

La cobertura se otorgará hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

6. Medicamentos Altamente Especializados

Se cubren los Medicamentos Altamente Especializados, siempre que cuenten con Previa Autorización emitida por la Compañía y sean coordinados por ésta. Cuando resulte posible, la Compañía podrá coordinar la entrega de dichos medicamentos. La cobertura aplicará hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

Procedencia y alcance temporal de la cobertura:

Para Tratamiento derivados de Enfermedades crónicas, la cobertura de Medicamentos Altamente Especializados estará sujeta a prescripción médica vigente y a la evaluación clínica correspondiente.

La determinación de procedencia que emita la Compañía aplicará hasta por el plazo indicado en la receta médica o informe médico vigente, sin exceder de 90 (noventa) días naturales, lo que resulte menor.

Para efectos de evaluación subsecuente, el Asegurado deberá presentar:

- 1) Receta médica vigente al término de la prescripción anterior.
- 2) Informe médico de seguimiento al menos cada 6 (seis) meses, o antes en caso de cambios clínicos relevantes, ajustes de dosis, o cambios en el Tratamiento.

La Compañía podrá requerir información o documentación adicional cuando resulte necesario para evaluar la procedencia del Siniestro, en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Prótesis y Órtesis

Se cubren los gastos derivados del uso de Prótesis y Órtesis, siempre que cuenten con Previa Autorización y sean coordinados por la Compañía conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

La Compañía cubrirá hasta 2 (dos) prótesis mamarias para Aseguradas que hayan requerido una mastectomía cubierta bajo esta Póliza. El Procedimiento Quirúrgico para el implante de dichas prótesis se cubrirá conforme al beneficio de Procedimientos Quirúrgicos señalado en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

Los sujetadores prescritos y Medicamente Necesarios serán considerados gastos cubiertos, conforme a los límites establecidos en la Tabla de Beneficios.

e. Otros Beneficios

1. Diálisis

Se cubren los gastos derivados del Tratamiento médico de diálisis, en ámbito hospitalario o ambulatorio, cuando sea Medicamento Necesario para Asegurados con insuficiencia renal, conforme a prescripción del Médico Tratante y a lo establecido en la Tabla de Beneficios incluida como Anexo I.

La cobertura se otorgará exclusivamente dentro de los límites, condiciones y periodos previstos en la Tabla de Beneficios y en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro.

2. Deportes Profesionales

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de Deportes Profesionales, siempre que:

- a) El Asegurado informe a la Compañía al momento de la contratación o con anterioridad al inicio de la práctica profesional del deporte o actividad de que se trate; y
- b) Dicha práctica se encuentre expresamente considerada conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá que un deporte se practica de forma profesional cuando el Asegurado realiza la actividad deportiva bajo una relación contractual o laboral, en la que el deportista perciba una contraprestación económica por su participación en entrenamientos, competencias o eventos deportivos.

No estarán cubiertos los gastos médicos—incluidos los derivados de Accidentes—que resulten de la práctica profesional de los siguientes deportes, aun cuando se haya informado previamente a la Compañía:

- Escalada en roca.
- Montañismo.
- Alpinismo.
- Deportes aéreos (acrobáticos, paracaidismo, parapente, parasailing, skydiving, salto con traje de alas).
- Bungee jumping.
- Esquí fuera de pista.
- Buceo con tanque (scuba diving) a profundidades mayores a 60 (sesenta) pies.
- Rafting en aguas superiores a clase 3 (tres).
- Salto desde acantilados (cliff diving).
- Carreras de vehículos de motor fuera de pista.

3. Actividades Peligrosas y Deportes No Profesionales

Se cubren los gastos derivados de lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia de la práctica ocasional de actividades peligrosas o deportes no profesionales, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

No estarán cubiertos los gastos médicos—incluidos los derivados de Accidentes—que resulten de la práctica de las siguientes actividades y deportes, aun cuando se realicen de forma ocasional:

- Escalada en roca.
- Montañismo.
- Alpinismo.
- Deportes aéreos (acrobáticos, paracaidismo, parapente, parasailing, skydiving, salto con traje de alas).
- Bungee jumping.

- **Esquí fuera de pista.**
- **Buceo con tanque (scuba diving) a profundidades mayores a 60 (sesenta) pies.**
- **Rafting en aguas superiores a clase 3 (tres).**
- **Salto desde acantilados (cliff diving).**
- **Carreras de vehículos de motor fuera de pista.**

4. Atención Médica Domiciliaria – Home Care

Se cubren los gastos derivados de la Atención Médica Domiciliaria del Asegurado, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios, incluida como Anexo I, siempre que:

- a) Exista un plan de Tratamiento detallado, prescrito y firmado por el Médico tratante; y
- b) La cobertura cuente con Previa Autorización por parte de la Compañía, si el costo excede \$100 USD (cien dólares de los Estados Unidos de América) por día.

Este beneficio incluye servicios prestados por personal profesional legalmente autorizado (enfermería o terapeutas), fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio, y no incluye servicios de acompañamiento.

La Atención Médica Domiciliaria se considerará Médicamente Necesaria cuando, además de la recomendación del Médico tratante, se cumplan ambas circunstancias siguientes:

- El Asegurado requiera cuidados especializados; y
- **Los servicios se deban exclusivamente a dicha necesidad clínica y no a la conveniencia del Asegurado, de sus familiares, cuidadores o del propio Médico.**

5. Cuidados Paliativos

Se cubren los gastos derivados de Cuidados Paliativos y de apoyo para Asegurados diagnosticados con una Enfermedad terminal, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I siempre que la cobertura cuente con Previa Autorización por parte de la Compañía.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como Enfermedad Terminal aquella cuya evolución haya sido determinada por un Médico como progresiva e incurable y cuyo pronóstico de vida sea igual o menor a 240 (doscientos cuarenta) días naturales.

Los servicios podrán proporcionarse en el domicilio del Asegurado, de forma ambulatoria o en un Hospital, Clínica o Sanatorio, según las necesidades del Asegurado y dentro de los límites establecidos en la Tabla de Beneficios. La prestación de los servicios se realizará por un equipo interdisciplinario supervisado médicamente, a elección del Asegurado y/o conforme a la orientación de la Compañía.

6. Equipo Médico Durable

La Compañía cubrirá los soportes ortopédicos y equipo médico durable, incluyendo sillas de ruedas y camas de hospital, siempre que dichos bienes cumplan todos los requisitos siguientes:

- a. Prescritos por un Médico,
- b. Sea utilizados por el Asegurado que los requiera como consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza, y
- c. Cuenten con Previa Autorización por parte de la Compañía.

La Compañía podrá reembolsar al Asegurado los gastos en que incurrió por 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, adquiridos originalmente bajo esta Póliza estarán cubiertos hasta al 50% (cincuenta por ciento) del monto permitido conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, siempre que la reparación o reemplazo resulte procedente conforme a este Contrato de Seguro.

Son considerados equipo médico durable:

- Camas fluidizadas por aire y otras superficies de soporte (estos suministros solo se alquilan).
- Bastones, **excepto bastones blancos para personas con discapacidad visual.**
- 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.

Asimismo, se cubrirán los siguientes insumos para personas con diabetes, previa prescripción del Médico Tratante y conforme a la autorización de la Compañía: bombas de insulina, tiras reactivas para medición de glucosa, agujas y monitores de glucosa.

No se considerará equipo médico durable y, por lo tanto, no estará cubierto:

- **Sillas de ruedas o camas accionadas por motor.**
- **Artículos de comodidad o conveniencia personal, tales como brazos ajustables para teléfono o mesas para uso en cama.**
- **Artículos destinados a modificar la calidad del aire o la temperatura ambiental, incluyendo unidades de aire acondicionado, humidificadores, deshumidificadores y purificadores de aire.**
- **Suministros desechables.**
- **Bicicletas estacionarias, equipos para ejercicio, lámparas solares o de calor, almohadillas térmicas.**
- **Bidés, asientos para inodoro, asientos para baño, baños de sauna, elevadores o jacuzzis.**
- **Costos de capacitación, entrenamiento, mantenimiento o cuidado del Equipo Médico Durable.**
- **Adaptaciones o modificaciones de vehículos, cuartos de baño o instalaciones residenciales.**

7. Extremidades Artificiales

Se cubren los brazos, manos, piernas y pies artificiales, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I. La cobertura incluye los costos asociados al procedimiento y las Terapias Medicamente Necesarias relacionadas con el uso de Prótesis.

Las extremidades artificiales estarán cubiertas únicamente cuando el Asegurado no presente condiciones cardiovasculares, neuromusculares o musculoesqueléticas significativas que puedan afectar negativamente o verse afectadas por el uso de la Prótesis, conforme a criterio médico.

La reparación o reemplazo de una extremidad artificial estará cubierta únicamente cuando exista un cambio anatómico o funcional, o cuando el desgaste razonable impida su funcionamiento adecuado y la reparación permita restablecer su uso.

La cobertura de extremidades artificiales estará sujeta a Previa Autorización por parte de la Compañía. Las Prótesis de alto desempeño destinadas a actividades deportivas o a mejorar el rendimiento deportivo no están cubiertas.

8. Terrorismo

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

Exclusiones particulares:

Esta cobertura no aplica en ninguno de los siguientes casos:

- a. Cuando los gastos médicos deriven del uso de armas de destrucción masiva, incluyendo armas nucleares, químicas o biológicas.
- b. En los demás casos previsto 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 cubierto, ocurrido fuera de su lugar de residencia, se cubrirán, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, los gastos derivados de:

- a) La repatriación aérea de los restos mortales a territorio nacional; o
- b) A elección del Asegurado Titular o de sus beneficiarios, los gastos funerarios en el lugar del fallecimiento.

Para efectos de esta cobertura no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o el fallecimiento provocados intencionalmente por el Asegurado.

Se entenderá por Gastos Funerarios:

- Traslado del cuerpo a la agencia funeraria o al lugar del servicio funerario.
- 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 de Procedimientos Quirúrgicos derivados de la deformidad de la nariz o del septo nasal, siempre que:

- a) Sea consecuencia directa de un Accidente cubierto; y
- b) Exista evidencia objetiva del trauma o fractura mediante radiografía o tomografía computarizada, realizada al menos 5 (cinco) días naturales antes del Procedimiento Quirúrgico.

La cobertura se otorgará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada 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 (VPH) diagnosticado al Asegurado, conforme a prescripción médica.

La cobertura se otorgará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

f. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos procedentes derivados de los Eventos Médicos que se indican a continuación, una vez cumplido los Períodos de Espera aplicables, hasta agotar la Suma Asegurada Anual y/o Máxima contratada establecida en la Carátula de Póliza.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado en esta Póliza, de acuerdo con lo establecido más adelante para cada Periodo de Espera, siempre y cuando esta Póliza se mantenga vigente de forma continua y conforme a 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 aplica exclusivamente para Asegurados que hayan contratado un Deducible de 1,000 USD (mil dólares de los Estados Unidos de América) o 2,000 USD (dos mil dólares de los Estados Unidos de América) salvo lo dispuesto expresamente para otros deducibles en los apartados de Complicaciones.

a. Periodo de Espera para el Embarazo Cubierto

Se cubren los gastos derivados del Embarazo por parto normal o cesárea, así como los gastos médicos relacionados, siempre que la Asegurada cuente, al momento del parto o cesárea con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, contados a partir de la Fecha de Antigüedad indicada en la carátula de Póliza.

Durante el Periodo de Espera no se cubrirán gastos, Tratamientos ni servicios médicos relacionados con el Embarazo para la madre ni para el recién nacido.

b. Descripción del beneficio de Embarazo Cubierto

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

- i. Consultas Prenatales.
- ii. Servicios hospitalarios prestados en Hospital, Clínica, o Sanatorio, incluyendo anestesia, parto y cuidado pre y posnatal, para condiciones relacionadas con el Embarazo cubierto, incluyendo parto y aborto espontáneo.
- iii. Gastos derivados de la atención médica del recién nacido, los cuales formarán parte del beneficio máximo del Embarazo Cubierto y no estarán sujetos al pago de Deducible en la vigencia de la Póliza en la que ocurran dichos gastos.
- iv. Gastos por parto normal o cesárea, incluyendo honorarios médicos, anestesia y gastos hospitalarios.
- v. Vitaminas prenatales, siempre que hayan sido prescritas por el Médico tratante.

vi. No aplica Deducible.

La cobertura de Embarazo Cubierto para una hija dependiente Asegurada terminará bajo la Póliza de los padres en la fecha de aniversario de la Póliza inmediata posterior a aquella en que la Asegurada dependiente haya cumplido los 18 (dieciocho) años.

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

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).

Complicaciones del Embarazo cubiertas:

- Embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.
- Fiebre puerperal.
- Eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Placenta acreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.
- Óbito, muerte fetal o huevo muerto retenido.
- Diabetes gestacional.

Complicaciones cubiertas del recién nacido durante el parto (no relacionadas con Padecimientos Congénitos):

- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Ictericia.
- Hipogluceemia.

- Deficiencia respiratoria.
- Trauma durante el parto.

Este beneficio se otorgará conforme a las condiciones siguientes:

- Aplica únicamente cuando se cumpla con la definición de Embarazo Cubierto establecida en estas Condiciones Generales.
- Las complicaciones derivadas de una condición diagnosticada antes del Embarazo, así como sus consecuencias, se cubrirán conforme a las disposiciones generales de la Póliza.
- **No aplica cuando el Embarazo derive de Tratamientos de fertilidad, infertilidad o procedimientos de Reproducción Asistida.**
- **No se cubrirán complicaciones que se presenten antes o durante los primeros 10 (diez) meses del Periodo de Espera.**
- Aplica a todas las dependientes femeninas elegibles.

No aplica Deducible para este beneficio.

d. Complicaciones del Embarazo y Perinatales para Deducibles 5,000 USD (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América), 10,000 USD (diez mil dólares de los Estados Unidos de América) o 20,000 USD (veinte mil dólares de los Estados Unidos de América)

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 mismas Complicaciones del Embarazo y Complicaciones del recién nacido durante el parto señaladas en el apartado anterior, sujetas a las siguientes condiciones:

- **Aplica únicamente cuando se cumpla con la definición de Embarazo Cubierto establecida en estas Condiciones Generales.**
- **No aplica en caso de Embarazos derivados de Tratamientos de fertilidad o procedimientos de reproducción asistida.**
- **Las complicaciones ocurridas antes o durante los primeros 10 (diez) meses del Periodo de Espera no están cubiertas.**

Esta cobertura estará disponible exclusivamente para la Asegurada Titular o su cónyuge. Para este beneficio sí aplica el Deducible contratado, conforme a la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

e. Almacenamiento de Sangre del Cordón Umbilical para Deducibles 1,000 USD (mil dólares de los Estados Unidos de América) o 2,000 USD (dos mil dólares de los Estados Unidos de América)

Se cubre el almacenamiento de sangre del cordón umbilical, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I. Este beneficio podrá utilizarse una sola vez por cada Embarazo Cubierto.

No aplica Deducible para este beneficio.

f. Exámenes para el Recién nacido para Deducibles 1,000 USD (mil dólares de los Estados Unidos de América) o 2,000 USD (dos mil dólares de los Estados Unidos de América)

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 médicas de rutina del recién nacido hasta los 6 (seis) meses de edad, siempre que:

- a) El recién nacido derive de un Embarazo Cubierto;
- b) Haya sido dado de Alta en la Póliza conforme a estas Condiciones Generales; y
- c) Quedan cubierto dentro del beneficio de maternidad siempre y cuando no rebasen el monto del beneficio.

No aplica Deducible para este beneficio.

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

Además de lo indicado en los apartados anteriores, las siguientes reglas aplican al Embarazo Cubierto de hijas Dependientes Económicos y a la cobertura de sus hijos:

En la fecha de aniversario de la Póliza inmediata posterior a aquella en que la hija Dependiente cumpla 18 (dieciocho) años, esta deberá contratar una Póliza individual para sí misma y para su hijo, si desea mantener la cobertura. La hija 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 a la cobertura de Embarazo Cubierto, una hija Dependiente de 18 (dieciocho) años o más deberá notificarlo por escrito a la Compañía antes de la fecha del parto. Dicha notificación será aprobada sin selección de riesgo, para un producto con la misma cobertura de Embarazo Cubierto y el mismo Deducible.

Cuando no exista interrupción en la cobertura, el Periodo de Espera de 10 (diez) meses se reducirá por el tiempo durante el cual la hija Dependiente haya estado cubierta bajo la Póliza de sus padres.

h. Inclusión de un Recién nacido de un Embarazo Cubierto

La inclusión del recién nacido estará sujeta a las condiciones siguientes:

- La solicitud de Alta deberá notificarse por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 60 (sesenta) días naturales posteriores al nacimiento.
- El recién nacido gozará de todos los beneficios de la Póliza a partir de la fecha de nacimiento, siempre que se haya realizado el trámite de Alta en la Póliza dentro del plazo señalado, independientemente de su estado de salud.
- Cualquier solicitud de Alta presentada después del plazo de 60 (sesenta) días quedará sujeta a selección médica, mediante la presentación de una Solicitud de Seguro, y la cobertura no estará garantizada.

2. Indemnización de Cuidados Preventivos para Niños y Adultos

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

Se entenderá por Cuidados Preventivos al conjunto de servicios médicos orientados a prevenir enfermedades o detectar oportunamente riesgos de salud, que puede incluir consultas médicas preventivas o de control, vacunación y/o pruebas de tamizaje. Asimismo, serán aquellos exámenes de rutina para estudios denominados Check Up.

La Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos erogados de servicios de Cuidados Preventivos para niños, mayores de 6 (seis) meses de edad y hasta los 17 (diecisiete) años.

La indemnización se otorgará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.

Esta cobertura aplica siempre que el Asegurado cuente con al menos 6 (seis) meses de cobertura continua en la Póliza, sin embargo, el Periodo de Espera no aplicará cuando la Póliza sea pagada de forma anual o semestral.

Para este beneficio, únicamente estarán cubiertas las siguientes vacunas:

- Pentavalente acelular.
- Antihepatitis B.
- Rotavirus.
- Influenza.
- SRP (sarampión, rubéola y parotiditis).
- Neumococo.
- DPT (difteria, tos ferina y tétanos).
- OPV (polio oral).
- VPH (Virus de Papiloma Humano).
- TD (tétano y difteria).
- SR (sarampión, rubéola) cuando no se cuente 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)

Se entenderá por Cuidados Preventivos al conjunto de servicios médicos orientados a prevenir enfermedades o detectar oportunamente riesgos de salud, que puede incluir consultas médicas preventivas o de control, vacunación y/o pruebas de tamizaje. Asimismo, serán aquellos exámenes de rutina para estudios denominados Check Up.

La Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos erogados de servicios de Cuidados Preventivos para adultos.

La indemnización se otorgará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I, siempre que:

- a) El Asegurado cuente con al menos 6 (seis) meses de cobertura continua en la Póliza; y
- b) No exista diagnóstico de Enfermedad derivado de dichos exámenes.

El Período de Espera no aplicará cuando la Póliza sea pagada de forma anual o semestral.

Deducible no aplica para este beneficio.

3. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedades Asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Se cubren los gastos médicos Medicamente Necesarios derivados de Tratamientos no Experimentales, Medicamentos y suplementos para tratar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades Asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), únicamente cuando:

- a) Sean consecuencia de un Accidente que requiera hospitalización o de una transfusión de sangre; y
- b) No constituyan un Padecimiento Preexistente, conforme a la definición de estas Condiciones Generales.

Esta cobertura estará sujeta a un Periodo de Espera de 36 (treinta y seis) meses y se otorgará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en el Anexo I.



IV. Exclusiones (Gastos No Cubiertos)

El presente Contrato de Seguro no cubre los gastos derivados de la atención médica que el Asegurado reciba por Accidente o Enfermedades, incluyendo estudios, Tratamientos médicos o Procedimientos Quirúrgicos, ni sus complicaciones o secuelas, cuando dichos gastos se originen directa o indirectamente por cualquiera de los conceptos siguientes:

Padecimientos Preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro o explícitamente excluidos mediante un Endoso a la Póliza.

1. **Reclamos, gastos o servicios médicos ocurridos antes de la Fecha de Antigüedad del Asegurado, incluyendo los Periodos de Espera, así como gastos con fecha de servicio posterior a la Vigencia de la Póliza, aun cuando estén relacionados con Accidentes, Enfermedades o maternidades originadas durante una Vigencia previa, salvo que la Póliza haya sido renovada de manera continua.**

Esta exclusión incluye cualquier porción de recetas médicas destinadas a utilizarse después de la terminación de la Vigencia correspondiente.

2. **Servicios, suministros, Tratamientos o Medicamentos que hayan sido proporcionados, cubiertos o pagados total o parcialmente por:**
 - a. **Otra Compañía de seguros; o**
 - b. **Autoridades sanitarias en el contexto de campañas, programas o acciones relacionadas con epidemias.**
3. **Servicios, suministros, Tratamientos o Medicamentos proporcionados por el propio Asegurado, sus familiares, o por personas físicas o morales en las que cualquiera de ellos tenga participación directa o indirecta.**
4. **Tratamientos, servicios, suministros, aparatos o Medicamentos considerados como Experimentales, en investigación, o que no sean reconocidos científica o médicamente para un diagnóstico específico por la FDA (Food & Drug Administration) o por la autoridad sanitaria competente del país en el que se presten los servicios clínicos.**
5. **Cualquier servicio, suministro, Tratamiento Medicamentos o servicios de emergencia que: a) no hayan sido prescritos por un Médico, b) no sean Médico Necesarios, c) no sean prestados por Médicos con especialidad correspondiente.**
6. **Artículos de comodidad o conveniencia personal.**
7. **Exámenes de rutina, vacunas, visitas o pruebas con fines administrativos, salvo expresamente cubiertas bajo el beneficio de Indemnización de Cuidados Preventivos para Niños y Adultos.**
8. **Vacunas o Tratamientos preventivos, con costo anual mayor al beneficio de Indemnización de Cuidados Preventivos para niños y adultos.**
9. **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.**

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 de esta Póliza. Se excluye igualmente cualquier ingreso motivado total o parcialmente por razones domésticas o de conveniencia.

10. Cirugía electiva o cosmética, así como procedimientos, Tratamientos, tecnologías, Medicamentos, artículos, y suministros que no son Médicamente Necesarios y cuyo objetivo sea mejorar, alterar o modificar la apariencia, capacidades físicas, rendimiento atlético o atributos sexuales, salvo lo expresamente cubierto en esta Póliza. Se considerará cirugía cosmética aquella realizada para fines estéticos, autoestima o problemas psicosociales relacionados con la apariencia.
11. Complicaciones médicas que resulten directa o indirectamente de procedimientos electivos o cosméticos.
12. Estudios del sueño y Tratamientos relacionados con apnea del sueño, incluyendo el síndrome de piernas inquietas.
13. 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.
14. Consultas con nutricionistas.
15. No estarán cubiertos los gastos, honorarios, servicios, medicamentos, insumos y/o tratamientos que se originen directa o indirectamente por, resulten de, o se relacionen con: diagnóstico, estudio, o tratamiento de infertilidad y/o esterilidad; Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) / Reproducción Asistida; preservación de fertilidad; criopreservación/almacenamiento; donación de gametos o embriones; gestación/Maternidad Subrogada (sea la persona asegurada madre intencional, madre biológica, mujer gestante o recién nacido), aun cuando se facturen por separado o bajo denominaciones distintas.
16. Terapia, pruebas o exámenes genéticos.
17. Abortos electivos; cualquier inducción voluntaria para terminar un Embarazo a menos que la vida de la madre esté en peligro inmediato.
18. 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.
19. Cursos de preparación para la maternidad o el parto.
20. Circuncisiones, a menos que sean Médicamente Necesarias y cuenten con Previa Autorización de la Compañía.
21. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, conforme a notas médicas o a estudios toxicológicos, independientemente del grado de intoxicación.
22. Tratamientos relacionados con alcoholismo, abuso de drogas, solventes, o cualquier condición adictiva, así como Enfermedades derivadas de dichas conductas. Lesiones o heridas autoinfligidas, suicidio o intento de suicidio.
23. Lesiones o Enfermedades que resulten de la participación del Asegurado en actos ilegales.
24. Anteojos, lentes de contacto, lentes de sol.
25. Prótesis, aparatos correctivos o equipos que no sean Médicamente Necesarios, salvo aquellos expresamente cubiertos como Prótesis o Equipo Médico Durable y previamente autorizados por la Compañía.

26. Bienes y equipos excluidos expresamente del Equipo Médico Durable, incluyendo sillas de ruedas o camas motorizadas, artículos de conveniencia, equipos para ejercicio, modificaciones a viviendas o vehículos y costos de capacitación o mantenimiento.
27. Podología de rutina y Tratamientos del pie no Medicamente Necesarios, incluyendo zapatos ortopédicos, soportes, ortesis y Tratamientos preventivos, aun cuando deriven de condiciones estructurales del pie.
28. Hormonas del crecimiento y Tratamientos de estimulación ósea, salvo cuando sean Medicamente Necesarios y cuenten con Previa Autorización.
29. Audífonos, aparatos auditivos y audífonos implantables.
30. Riesgos Excepcionales, incluyendo:
 - a) Actividades peligrosas o deportes excluidos;
 - b) Guerra, actos de hostilidad, rebelión, revolución o insurrección;
 - c) Terrorismo, salvo lo expresamente cubierto;
 - d) Contaminación química, biológica o radioactiva;
 - e) Exposición voluntaria al peligro, salvo cuando se realice para salvar una vida humana.
 - f) Tratamientos, servicios o suministros dentales u ortodónticos, incluyendo implantes dentales, salvo cuando deriven directamente de un Accidente cubierto.
 - g) Mientras el Asegurado se encuentre en servicio activo en una unidad militar o policial.
31. Tratamientos relacionados con prognatismo, retrognatismo, micrognatismo o reposicionamiento maxilar, incluyendo desórdenes de la articulación temporomandibular.
32. Tratamientos, servicios o suministros para condiciones mentales, nerviosas o del comportamiento en ámbito ambulatorio, salvo lo expresamente cubierto en esta Póliza.
33. Enfermedades infecciosas declaradas como brote, epidemia o emergencia de salud pública por autoridades nacionales o internacionales competentes, así como aquellas ocurridas en destinos con advertencia oficial de viaje previa al desplazamiento.
 - a. Esta exclusión no aplicará cuando la exposición ocurra durante el tránsito hacia o desde zonas no declaradas en riesgo.
34. Mantenimiento Artificial de la Vida:

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos de Mantenimiento Artificial de la Vida derivados de una Lesión o Enfermedad cubierta, y un Médico Tratante determine la ausencia de una probabilidad razonable de recuperación funcional significativa, la Compañía podrá solicitar la evaluación de su asesor médico con la finalidad de corroborar dicho pronóstico.

Con base en la opinión del asesor médico, la Compañía podrá limitar la cobertura de tratamientos de Mantenimiento Artificial de la Vida en institución hospitalaria cuando no exista expectativa razonable de recuperación funcional significativa del Asegurado, dentro de un plazo consistente con los estándares médicos establecidos y respaldado por criterios médicos generalmente aceptados. La Compañía podrá autorizar la continuación de dichos tratamientos en un entorno distinto al hospitalario, sujeto a términos, condiciones y límites establecidos en la Póliza.

En ningún caso esta disposición implicará la cancelación automática de la cobertura, ni limitará otros beneficios aplicables conforme a la Póliza.



V. Cláusulas Generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

La cobertura para cada Asegurado iniciará conforme a lo siguiente:

- a. **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la Póliza quedarán cubiertos por Accidente cubiertos a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado en la Póliza.
- b. **Enfermedad.** Tratándose Enfermedad cubierta, salvo disposición expresa en contrario, la cobertura iniciará una vez transcurridos 60 (sesenta) días naturales contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado en la Póliza. Este lapso no aplicará en caso de Renovaciones continuas ni cuando se trate de Emergencias Médicas, conforme a lo establecido en este Contrato de Seguro.
- c. **La Suma Asegurada** indicada en la Carátula de Póliza aplicará por Asegurado y por cada Accidente o Enfermedad cubierta, conforme a los límites y condiciones de este Contrato de Seguro.

2. Área de Cobertura

La Póliza se contrata bajo una base de cobertura mundial, conforme a los términos, límites y condiciones establecidos en este Contrato de Seguro y su Tabla de Beneficios.

3. Periodo de Beneficio

La Compañía cubrirá los gastos derivados de cada Accidente o Enfermedad cubierta, siempre que dichos gastos se hayan generado durante la Vigencia de la Póliza, conforme a las condiciones del plan vigente al momento en que se incurra el gasto, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

- a. Agotamiento de la Suma Asegurada, cuando los gastos cubiertos rebasen el monto máximo establecido en la Carátula de Póliza.
- b. Gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza, y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores a su terminación, rescisión, resolución o cancelación, siempre que dichos gastos no deriven directa o indirectamente del Siniestro que haya dado origen a dicha terminación, rescisión, resolución o cancelación. En caso contrario, la obligación de la Compañía se limitará exclusivamente al pago de los gastos médicos pendientes presentados a la Compañía con anterioridad a la fecha de terminación del Contrato. Si el Asegurado renueva la Póliza de forma continua para el periodo inmediato siguiente, o solicita un cambio de plan o producto que sea aceptado por la Compañía, el Periodo de Beneficio continuará conforme a lo establecido en esta cláusula, siempre que el nuevo plan cubra el Accidente o Enfermedad dentro de la cobertura básica.

- c. La recuperación de la salud o del vigor vital del Asegurado respecto del Accidente o Enfermedad cubierta.

4. Periodo de Gracia

El Periodo de Gracia será de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza, durante los cuales el Contratante podrá liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

Si la prima o la fracción correspondiente no se paga dentro de dicho plazo, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 (doce) horas del último día del Periodo de Gracia.

En caso de Siniestro ocurrido dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización el monto total de la prima pendiente de pago. El Siniestro solo será indemnizado una vez que se haya comprobado el pago de la prima adeudada.

Durante el Periodo de Gracia no aplicará el beneficio de Pago Directo para ningún Siniestro. Los gastos, en su caso, podrán tramitarse únicamente bajo la modalidad de Pago por Reembolso.

5. Periodo al Descubierto

Se entiende por Periodo al Descubierto aquel durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro, como consecuencia de la falta de pago de primas.

Las Enfermedades que se originen durante dicho periodo no estarán cubiertos en ningún momento, aun cuando la Póliza se reactive o se contrate nuevamente.

6. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el Contratante o el Asegurado Titular podrá solicitar la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza, conforme a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Transcurrido dicho plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza y de sus modificaciones.

Únicamente tendrán validez las modificaciones que consten por escrito mediante Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Los agentes o cualquier persona no autorizada expresamente por la Compañía carecen de facultades para modificar el Contrato de Seguro o sus Endosos.

b. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o el Contratante deberán realizarse 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 realizadas por la Compañía se considerarán válidas cuando se envíen al último domicilio o correo electrónico proporcionado por escrito.

7. Vigencia (Periodo de Póliza)

La Vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, iniciando y concluyendo en las fechas indicadas en la Carátula de Póliza.

8. Primas

La Prima es la contraprestación económica a cargo del Contratante a favor de la Compañía, cuyo pago podrá realizarse de forma anual o en parcialidades, conforme a lo establecido en la Carátula de Póliza.

La prima total de la Póliza será la suma de las primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, calculadas con base en la Edad alcanzada a la fecha de inicio de Vigencia o Fecha de Antigüedad, según corresponda.

En cada Renovación, la prima se actualizará conforme a la Edad alcanzada por cada Asegurado, aplicando las tarifas vigentes registradas por la Compañía ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo con la nota técnica correspondiente y los parámetros actuariales aplicables.

Lugar de pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en instituciones bancarias 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. En estos casos, el estado de cuenta del Contratante o el comprobante emitido por la institución bancaria servirá como recibo de pago.

9. Cancelación del Contrato

El presente Contrato de Seguro podrá cancelarse cuando el Contratante no efectúe el pago de la Prima correspondiente dentro del plazo convenido.

Asimismo, el Contratante podrá solicitar la cancelación voluntaria del Contrato de Seguro conforme a lo siguiente:

- a) Cancelación dentro de los primeros 14 (catorce) días naturales contados a partir del inicio de Vigencia de la Póliza:

La Compañía devolverá el 100% (cien por ciento) de la Prima neta no devengada, sin incluir el derecho de Póliza, siempre que no se haya presentado ningún Siniestro.

- b) Cancelación posterior a los primeros 14 (catorce) días naturales de Vigencia:

La Compañía devolverá el 60% (sesenta por ciento) de la Prima neta no devengada, sin incluir el derecho de Póliza, siempre que no se haya presentado ningún Siniestro.

- c) Cancelación con Siniestro reportado:

Si al momento de la solicitud de cancelación existe algún Siniestro reportado por cualquier Asegurado, la Compañía no devolverá cantidad alguna de la Prima pagada, incluyendo el derecho de Póliza.

La devolución de la Prima procederá únicamente mediante solicitud por escrito del Contratante y se realizará dentro de un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales, contados a partir del día siguiente a aquel en que la Compañía reciba la solicitud de cancelación debidamente integrada. La devolución se efectuará mediante transferencia electrónica u orden de pago.

Para tramitar la cancelación, el Contratante deberá presentar identificación oficial vigente u otros medios que permitan a la Compañía verificar plenamente su identidad. Una vez validada la solicitud, la Compañía entregará acuse de recibo y folio para seguimiento.

10. Extinción de Obligaciones

El Contratante o Asegurado Titular y la Compañía reconocen que el presente Contrato de Seguro se rige por el principio de buena fe, conforme a lo dispuesto en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

De conformidad con el artículo 70 de la citada Ley, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial, cuando del análisis de la información o documentación presentada para sustentar una reclamación de pago o Pago por Reembolso, se presuma razonablemente que el Contratante, el Asegurado Titular o sus representantes, con la finalidad de inducir a error a la Compañía:

- a) Disimulen, omitan o declaren falsa o inexactamente hechos relacionados con la realización del Siniestro, su reclamación o sus consecuencias;
- b) Falsifiquen, alteren o utilicen documentos falsificados o alterados, públicos o privados; o
- c) Presenten documentación falsa o alterada para acreditar la existencia del riesgo, la procedencia de la reclamación o cualquier circunstancia relacionada con el Siniestro.

La Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante y al Asegurado Titular la extinción de obligaciones dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que cuente con los elementos suficientes para sustentar dicha determinación.

A partir de la notificación, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad relacionada con la reclamación que dio origen a la extinción.

No obstante, la Compañía cumplirá íntegramente con las obligaciones de pago correspondientes a Siniestros válidamente reclamados con anterioridad a la notificación de extinción, siempre que sean distintos al que motivó dicha extinción y se encuentren dentro de los límites, Sumas Aseguradas y condiciones pactadas.

En ninguna circunstancia la Compañía pagará reclamaciones presentadas con posterioridad a la fecha de notificación de la extinción de obligaciones.

En estos casos, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta la fecha de la extinción y devolverá al Contratante el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta no devengada, sin incluir el derecho de Póliza. La devolución se realizará dentro de un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales posteriores a la notificación, mediante transferencia electrónica u orden de pago.

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.

11. 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 expresa de la Compañía, quedando está facultada para requerir las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

a. Hijos nacidos durante la Vigencia de la Póliza

Para que los hijos nacidos durante la Vigencia de la Póliza queden cubiertos desde su fecha de nacimiento y hasta el vencimiento de la Vigencia, deberán cumplirse todas las condiciones siguientes:

- Que la Madre Asegurada cuente con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea.
- Que el nacimiento derive de un Embarazo Cubierto, conforme a estas Condiciones Generales.
- Que el nacimiento sea notificado por escrito a la Compañía dentro de los 60 (sesenta) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

Cuando la notificación se realice después del plazo de 60 (sesenta) días, la cobertura no estará garantizada y quedará sujeta a la presentación de una nueva Solicitud de Seguro y al proceso de selección de riesgo de la Compañía.

b. Para la inclusión de un niño adoptado, deberán cumplirse las condiciones siguientes:

- El niño debe tener menos de 19 (diecinueve) años de edad.
- El Asegurado Titular deberá notificarlo por escrito a la Compañía y acompañar copia oficial de los documentos legales de adopción.
- Deberá presentar una Solicitud de Seguro, incluyendo el historial médico del menor.
- La aceptación de la cobertura estará sujeta a selección de riesgo y no está garantizada. En caso de aceptación, la cobertura iniciará a partir de la fecha determinada por la Compañía, posterior a la recepción de la Solicitud.
- Los Padecimientos Preexistentes declarados al momento del Alta no estarán cubiertos durante los primeros 12 (doce) meses contados a partir de la fecha efectiva de cobertura.
- Los Padecimientos Preexistentes no declarados nunca estarán cubiertos.

c. Recién nacidos de Embarazo no Cubierto, Maternidad Subrogada o Tratamientos de fertilidad

Tratándose de recién nacidos derivados de:

- Embarazos no cubiertos por la Póliza;
- Maternidad Subrogada; o
- Tratamientos o procedimientos de fertilidad,

Para su inclusión será necesario:

- Presentar copia del certificado de nacimiento, que contenga nombre completo, sexo y fecha de nacimiento; y
- Presentar una Solicitud de Seguro, la cual estará sujeta a selección de riesgo.

La cobertura no está garantizada y quedará sujeta a la aceptación expresa de la Compañía.

En todos los casos de Alta, la Compañía calculará y cobrará al Contratante la Prima proporcional correspondiente desde la fecha de Alta hasta el vencimiento de la Vigencia de la Póliza, emitiendo el recibo correspondiente.

La cobertura surtirá efectos únicamente una vez pagada la prima y aceptada la inclusión por la Compañía.

12. Bajas

La Baja de uno o más Asegurados de la Póliza, deberá solicitarse por escrito, con firma del Contratante o Asegurado Titular.

La Baja surtirá efectos a partir de la fecha de aniversario de la Póliza, sin que procedan devoluciones de prima, salvo lo previsto expresamente en la cláusula de Cancelación del Contrato de Seguro.

13. Cambio de Plan

El Cambio de Plan es la opción mediante la cual el Contratante o Asegurado Titular solicita la celebración de un nuevo Contrato de Seguro dentro del mismo producto, respecto del plan originalmente contratado.

La solicitud de Cambio de Plan deberá realizarse exclusivamente en la fecha de aniversario de la Póliza.

Podrán modificarse, entre otros, los siguientes elementos elegibles:

- Deducible.

Para solicitar el Cambio de Plan, el Contratante o Asegurado Titular deberá:

- Solicitarlo por escrito; y
- Requisar y firmar la Solicitud de Cambio y el cuestionario médico, a fin de que la Compañía realice el proceso de selección médica.

La Compañía podrá aceptar o rechazar la solicitud conforme a sus políticas vigentes. En ningún caso se garantiza:

- La aceptación del cambio sin requisitos de asegurabilidad.
- El respeto de los Periodos de Espera del plan anterior.
- La conservación de las Exclusiones del plan anterior.

En caso de aceptación, la Compañía notificará el Cambio de Plan por escrito, respetando la Fecha de Antigüedad de la Póliza anterior.

Si el producto o plan anterior no incluía un beneficio que sí esté cubierto en el nuevo producto o plan, deberá cumplirse cualquier período de espera específico aplicable a dicho beneficio conforme a la Tabla de Beneficios del nuevo plan.

Tratándose de reclamaciones relacionadas con beneficios sujetos a Suma Asegurada Máxima, respecto de beneficios que ocurran a partir de la fecha efectiva del cambio, aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

Los beneficios sujetos a Suma Asegurada Máxima respecto de los cuales ya se hayan pagado reclamaciones bajo la cobertura del producto o plan anterior se reducirán en proporción a los gastos previamente erogados. Cuando el beneficio total en el nuevo producto o plan sea menor al monto ya pagado bajo el beneficio correspondiente del producto o plan anterior, dicho beneficio se considerará agotado y la cobertura dejará de aplicar bajo el nuevo producto o plan.

14. Cambio de Producto

El Cambio de Producto consiste en la celebración de un nuevo Contrato de Seguro respecto de un producto distinto, vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de la Compañía, con Condiciones Generales diferentes. La solicitud de cambio de producto deberá ocurrir en la fecha de aniversario de la Póliza.

Para solicitarlo, el Contratante o Asegurado Titular deberá:

- Requisar y firmar una nueva Solicitud de Seguro; y
- Presentar el cuestionario médico, quedando sujeto a selección de riesgo.

La Compañía no garantiza, en caso de Cambio de Producto:

- La conservación de la Fecha de Antigüedad del Contrato anterior.
- La eliminación de requisitos de asegurabilidad.
- El respeto de los Periodos de Espera anteriores.
- La conservación de las Exclusiones del producto previo.

15. Examen Médico

Para efectos de la selección médica y la determinación objetiva de Padecimientos Preexistentes, la Compañía podrá requerir que el Asegurado se someta a un examen médico de acuerdo con los requisitos que la Compañía le solicite.

Cuando el Asegurado se haya sometido al Examen Médico requerido, no podrá aplicarse la cláusula de Preexistencia respecto de la Enfermedad evaluado en dicho examen y que no haya sido diagnosticado en el mismo.

Si el Asegurado declara la existencia de una Enfermedad o Padecimiento previo a la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá aceptar o rechazar el riesgo declarado.

16. Separación de Póliza

Cualquier Asegurado podrá solicitar la separación de la Póliza, en la fecha de aniversario de la Póliza. El Asegurado separado podrá solicitar su inclusión en una Póliza nueva, con el mismo plan y coberturas, sin pruebas de asegurabilidad, siempre que la solicitud se realice en dicha fecha de aniversario.

Transcurrida la fecha de aniversario, la contratación de una nueva Póliza quedará sujeta a selección médica.

17. 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 prórroga automática del Contrato en los mismos términos y condiciones.

La Renovación se otorgará:

- a. En condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas,
- b. Respetando la Fecha de Alta del Asegurado con la Compañía,
- c. Sin nuevos requisitos de asegurabilidad y
- d. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.

En cada Renovación, la Compañía podrá actualizar Definiciones, Coberturas, Cláusulas Generales, Servicios de Asistencia, así como Deducibles y Sumas Aseguradas, conforme a los productos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y a la práctica actuarial.

La Compañía no podrá negar la Renovación por mala experiencia de siniestros, salvo en casos de dolo o mala fe.

18. Rehabilitación

Cuando el Contrato de Seguro se haya cancelado por falta de pago de primas, la Compañía podrá otorgar la rehabilitación, conforme a sus políticas vigentes, siempre que:

- a) El Contratante lo solicite por escrito dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del Periodo de Gracia.
- b) Los Asegurados cumplan los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía.
- c) Se realice el pago de la prima correspondiente.

La rehabilitación surtirá efectos a partir de la hora y fecha señaladas en el comprobante de pago. A falta de hora, se entenderá rehabilitada a partir de las 00:00 horas de la fecha de pago.

La solicitud de rehabilitación no obliga a la Compañía a aceptar el riesgo.

En ningún caso se cubrirán Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, ni Accidentes, Enfermedades o complicaciones detectadas en dicho periodo.

19. 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 Usuarios de la Compañía (UNE), conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Los gastos médicos podrán 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 cobertura.

Para efectos de este Contrato, únicamente estarán cubiertos los Asegurados cuyo País de Residencia sea los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la definición aplicable.

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que ocurra.

En caso de que el Asegurado cambie su País de Residencia a un país distinto de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro conforme a la legislación aplicable y devolverá, en su caso, la prima neta no devengada, sin incluir los cargos de Póliza.

Si el cambio de País de Residencia no se notifica en el plazo señalado, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro y, en su caso, aplicar las consecuencias contractuales correspondientes conforme a la legislación aplicable.

Para Asegurados que residan temporalmente fuera de los Estados Unidos Mexicanos por motivos de estudio, el plazo de residencia podrá modificarse previa autorización de la Compañía. La Compañía podrá requerir pruebas documentales del motivo de estudio.

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 fuera del territorio nacional.

21. 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.

22. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y/o Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a la Compañía, en la Solicitud de Seguro y cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, en términos de los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Cualquier omisión o inexacta declaración en los términos de dichos artículos facultará a la Compañía para rescindir el Contrato de Seguro conforme a la Ley, aun cuando no hayan influido en la realización del Siniestro.

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

Cuando un Siniestro derive directa o indirectamente de una omisión o inexacta declaración, la reclamación correspondiente será improcedente. Si el pago ya hubiera sido efectuado, la Compañía podrá ejercer las acciones que correspondan para la recuperación del monto pagado conforme a derecho.

En caso de Siniestro derivado de un Padecimiento Preexistente no declarado, la Compañía podrá emitir un Endoso para excluir dicho Padecimiento Preexistente conforme a las disposiciones aplicables y a lo previsto en este Contrato.

23. Agravación del Riesgo

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.

El Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía las agravaciones esenciales del riesgo dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite el aviso o provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, conforme a los artículos 52, 53 fracción I, 54, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Asimismo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía por agravación esencial del riesgo si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y disposiciones aplicables, fuere condenado mediante sentencia definitiva por delitos vinculados con los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal, o por delitos relativos a delincuencia organizada; o si su nombre, actividades o nacionalidad aparecen en listas oficiales restrictivas, nacionales o extranjeras, emitidas por autoridades competentes conforme a tratados internacionales celebrados por el Estado Mexicano.

24. Restricción de Cobertura

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno derivado de esta Póliza cuando ello implique para la Compañía una sanción, prohibición o restricción de tipo económico o legal establecida en resoluciones de Naciones Unidas o en leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o por encontrarse el Contratante, Asegurado, Beneficiario o tercero relacionado 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 aplicable.

25. Competencia

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

- a. La Unidad Especializada de Atención de Usuarios de la Compañía (UNE).
- b. La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (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 Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (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 Arbitraje Médico de las presentes condiciones generales.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía (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 Número 366, Piso 3, Colonia. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03200, Ciudad de México, 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.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) Teléfonos:

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

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

Dirección: Av. Insurgentes Sur Número 762, col. Del Valle, Código Postal 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

26. Edad

- a. La edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacido y hasta los 74 (setenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.
- b. Si por 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.

Si el error en la edad fuera imputable a la Compañía, se recalculará la prima con base en la edad real. Si resultara menor, se devolverá la diferencia; si resultara mayor, el ajuste aplicará a partir de la fecha de detección.

27. Proveedores Médicos

El Asegurado elige libremente a los proveedores médicos donde desea atenderse, tanto en territorio nacional como en el extranjero, con las limitaciones expresamente previstas en este Contrato.

Tratándose de Gastos Hospitalarios incurridos en los Estados Unidos de América, la Compañía otorgará el beneficio de Pago Directo o Pago por Reembolso al 100% únicamente con proveedores en convenio Globalmex (red "Global Security"),

los cuales podrán consultarse en el teléfono designado por la Compañía y en la página de internet de la Compañía: www.axa.mx.

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

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

La Compañía únicamente es responsable del pago a Proveedores Médicos o del Pago por Reembolso de gastos procedentes y cubiertos conforme a este Contrato.

28. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a exigir información relacionada con el Siniestro para determinar las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar la realización del Siniestro y presentar la documentación correspondiente debidamente requisitada, incluyendo informes médicos y estudios relacionados con el Siniestro reclamado, así como comprobantes fiscales originales conforme a disposiciones vigentes. No se aceptarán notas de venta.

La Compañía podrá quedar liberada de obligaciones derivadas de la reclamación cuando:

- I) El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones necesarias; o
- II) No se presente la información o documentación solicitada por la Compañía dentro del término de prescripción aplicable, conforme a los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

29. Comprobación del Siniestro

Para el trámite de un Siniestro, la Compañía podrá requerir, en original o en copia según corresponda, lo siguiente:

- a) Identificación oficial vigente del Asegurado.
- b) Carátula de Póliza o tarjeta de seguro, en su caso.
- c) Solicitud de reclamación (escrito libre o formato de la Compañía).
- d) Informe médico con diagnóstico definitivo, plan terapéutico, fechas de ingreso y alta (si hay Hospitalización), evolución y plan de seguimiento/rehabilitación, incluyendo lugar y fecha de atención.
- e) Estudios de laboratorio y/o gabinete con interpretación.

- f) En Accidentes relacionados con la nariz, evidencia radiográfica de fractura, cuando resulte aplicable.
- g) Recetas médicas con sustancia activa, dosis y tiempo de uso.
- h) Comprobante de domicilio del beneficiario del pago.
- i) Facturas con detalle de gastos y, en caso de Hospitalización, comanda hospitalaria.
- j) Actuaciones del Ministerio Público cuando las circunstancias lo ameriten.

Si por las características del Siniestro se requiere información adicional, la Compañía podrá solicitarla conforme al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

30. Pago de Indemnizaciones de Siniestros y Aplicación de Deducible

Cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, el pago se determinará conforme a lo siguiente:

- a. Se sumarán los gastos médicos cubiertos por un mismo Accidente o Enfermedad, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.
- b. A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará el Deducible establecido en la Carátula de la Póliza.
- c. La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- d. En caso de que el Asegurado 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.

Aplicación de Deducible.

- Regla de acumulación del gasto del Deducible: Los gastos incurridos por el Asegurado durante los últimos 3 (tres) meses del año de vigencia de la Póliza que sean utilizados para acumular Deducible, serán aplicables al deducible y plan vigente contratado para el siguiente año de vigencia de la Póliza. La fecha que será tomada en cuenta para identificar los gastos incurrido será la fecha de prestación de los servicios descritos dentro de la factura, independientemente de que la factura tenga una fecha posterior. No aplica este beneficio cuando existen gastos incurridos dentro de los primeros 9 (nueve) meses del año Póliza, caso contrario el beneficio será revertido y el Asegurado será responsable del pago de Deducible del siguiente año póliza. La indemnización correspondiente al beneficio de Cuidados Preventivos, cuando constituya el único gasto cubierto durante el año de vigencia de la Póliza, no afectará la elegibilidad del Asegurado para este beneficio.

La acumulación de gastos para efectos del Deducible estará condicionada a la continuidad en el mismo plan y nivel de Deducible, o en el mismo plan con un Deducible mayor. Si el Asegurado cambia de producto o modifica el Deducible al momento de la renovación, este beneficio de acumulación no aplicará.

- El Asegurado será responsable de hasta un máximo de 2 (dos) Deducibles individuales por Póliza.
- El Deducible no es reembolsable.
- A menos que se indique lo contrario en estas Condiciones Generales, el Deducible aplicable será el contratado e indicado en la carátula de la Póliza.

Previa 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.
- Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias, si el costo excede \$5,000 USD (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América).
- Compra de extremidades artificiales.
- Deformidad de nariz y septo nasal por Accidente.
- Complicaciones del Embarazo y perinatales.
- Padecimientos Congénitos.
- Tratamientos para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedades Asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Cuidados Médicos en el Hogar – Home Care, si el costo excede de \$100 USD (cien dólares de los Estados Unidos de América) por día.
- Trasplante de órganos, médula ósea, células madre.
- Ambulancia Aérea – Debe ser coordinada por la Compañía.
- Tratamientos y Medicamentos Altamente Especializados, conforme a la receta médica vigente, hasta por 90 (noventa) días naturales o el plazo que indique la receta, lo que sea menor.
- Servicios de Fisioterapia y Terapias de Rehabilitación después de 60 (sesenta) terapias.
- Segundas opiniones médicas remotas.
- Cirugía Reconstructiva que no derive de un Accidente cubierto.
- Cuidado Paliativo.

En caso de no contar con la Previa Autorización, la Compañía evaluará la procedencia del Siniestro y, si procede, pagará el 70% (setenta por ciento) del gasto aprobado por factura.

31. Programación de Primera Cita Clínica en los Estados Unidos de América

Para maximizar el beneficio de su póliza, la Compañía ofrece el servicio para agendar la primera cita clínica en los Estados Unidos de América.

La Compañía solamente hará las funciones de coordinación. El resultado final (cita confirmada, tiempos de respuestas de Proveedores, etc.) depende completamente de la disponibilidad de los Proveedores en los Estados Unidos de América y no de la Compañía: en ninguna situación sería responsable la Compañía por las respuestas de Proveedores. Este servicio no es para emergencias.

Si quiere aprovechar de este beneficio de programación y coordinación, por favor siga los siguientes pasos:

1. Mande un correo a precert@trawicklatam.com con:

- a. Asunto: "Cita USA – [Nombre del Asegurado] – [Número de Póliza]"

2. En el cuerpo del correo, por favor incluya:

- a. Posible diagnóstico o síntoma principal.
- b. Fechas disponibles para su cita en los Estados Unidos de América.
- c. Fotografía de pasaporte vigente.
- d. Proveedor(es) seleccionado(s) por el Asegurado; o si desea, la Compañía le puede sugerir un doctor según diagnóstico o localización conveniente para el Asegurado.

3. El Asegurado tendrá que llenar el formulario de inscripción para el proveedor específico, si aplica.

- a. Dirección y teléfono de país de residencia.
- b. Dirección y teléfono en los Estados Unidos de América (es mandatorio en los Estados Unidos de América para el Proveedor).
- c. Reportes médicos traducidos a Inglés.
- d. Los departamentos internacionales de hospitales en los Estados Unidos de América requieren información médica y demográfica para agendar su cita.

Para agendar la cita de la forma más eficiente, la Compañía le dará seguimiento a las peticiones de citas cada 48-72 horas. Cuando llegue la confirmación de cita, la Compañía enviará un correo con los detalles al Asegurado.

32. Coordinación de Beneficio

Cuando un Asegurado cuente con otra Póliza que otorgue beneficios que también estarían cubiertos bajo esta Póliza, los beneficios podrán coordinarse para evitar duplicidad. En ese caso, esta Póliza operará como póliza secundaria, conforme a las condiciones aplicables.

33. Interés Moratorio

Si la Compañía, habiendo recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no paga dentro de los 30 (treinta) días naturales previstos en el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pagará el Interés Moratorio conforme al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el tiempo que dure la mora.

34. Beneficios Fiscales

Las primas de seguros de gastos médicos podrán constituir deducciones personales en términos del artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta, con los límites aplicables.

Cuando se utilice el Pago por Reembolso, el Asegurado reconoce que, por su elección, contrató por su cuenta a los Proveedores de servicios médicos, quedando el reembolso sujeto a Honorarios Médicos y límites de cobertura de esta Póliza.

El Asegurado podrá deducir, en los términos de la legislación fiscal, las cantidades pagadas en exceso de los límites de responsabilidad de la Compañía o correspondientes a gastos no cubiertos.

35. Arbitraje Médico

Cuando la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación por Padecimiento Preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito la designación de un Médico árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para determinar si los gastos reclamados derivan o no de un Padecimiento Preexistente.

El procedimiento se establecerá por el árbitro y se formalizará mediante convenio arbitral. El laudo tendrá fuerza vinculante entre las partes. Este procedimiento no tendrá costo para el Asegurado.

36. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía entregará la documentación contractual (Póliza, Condiciones Generales, Endosos y demás documentos) dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación, por el medio elegido por el Contratante. Si el último día es inhábil, se entregará el día hábil siguiente.

El Contratante podrá solicitar duplicado o consultar condiciones en el portal axa.mx, o a través del teléfono indicado en la Carátula de Póliza, para entrega por correo ordinario o en sucursal.

37. Responsabilidad de la Compañía

El Asegurado, al elegir libremente a los Proveedores Médicos, reconoce que la relación con dichos prestadores es de carácter estrictamente personal. En consecuencia, la Compañía no responderá por deficiencias o fallas en la atención médica ni por responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo que surja entre el Asegurado y los Prestadores.

Esta cláusula aplica a todos 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 Menú 33 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 se perfecciona con el pago efectuado por la Compañía e incluye acciones de responsabilidad civil objetiva o subjetiva que correspondan.

La subrogación no procederá si el Asegurado tiene relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado, o civil, con el responsable del Siniestro, o si es civilmente responsable del mismo.



VI. Artículos citados en las Condiciones Generales

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, la Ley Monetaria, el Código Penal Federal, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como por las demás leyes, reglamentos y disposiciones vigentes y aplicables en los Estados Unidos Mexicanos.

Las disposiciones legales citadas a lo largo de estas Condiciones Generales se entienden incorporadas por referencia, siendo aplicable en todo momento el texto vigente de dichas disposiciones conforme a su publicación en el Diario Oficial de la Federación o pueden ser consultados en <https://www.diputados.gob.mx>.

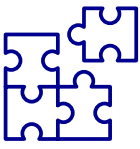
Para efectos de claridad contractual, las referencias normativas utilizadas en este Contrato de Seguro corresponden, de manera enunciativa mas no limitativa, a los siguientes ordenamientos y artículos:

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas: Artículos 276, 277, 278 y 492 / **Ley Sobre el Contrato de Seguro:** Artículos 8, 9, 10, 25, 40, 52, 53, 54, 60, 69, 70, 71, 81, 82, 171 y 172 / **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:** Artículos 50 Bis, 65, 70, 71 y 72 Bis / **Ley Monetaria:** Artículo 8 / **Código Penal Federal:** Artículos 139, 139 Bis, 139 Ter, 139 Quáter, 139 Quinquies, 193, 194, 195 Bis, 196 Ter, 197, 198, 199, 400 y 400 Bis. / **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:** Artículos 64 y 65.



VII. 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 30 de abril de 2026 con el número CNSF-S0048-0195-2026 / CONDUSEF-007231-01.



VIII. ANEXO I – Tabla de Beneficios

Honorarios Médicos y Sublímites de cobertura

Los beneficios aplican por Asegurado y por Periodo de Póliza, salvo indicación expresa en contrario, y se pagarán con base en el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR). El Asegurado podrá consultar, de manera informativa, el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR) aplicable llamando al teléfono 55 8525 9500. Los beneficios están sujetos a las exclusiones de la Póliza, limitaciones y condiciones, para los gastos listados, siempre y cuando:

- Deriven de una Enfermedad o Accidente cubierto.
- Sean Médicamente Necesarios.
- Sean ordenados por un Médico.
- Sean brindados en un Hospital, Clínica o Sanatorio.

Beneficios Principales

- Alto nivel de cobertura de seguro de salud mundial.
- Máximo de cobertura por Vigencia de Póliza de \$4,000,000 USD (cuatro millones de dólares de los Estados Unidos de América).
- Libre de elección de hospitales mundialmente y red Global Security en los Estados Unidos de América. Cobertura para hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios.
- Red mundial de pago directo.
- Servicio al Asegurado 24/7.
- Beneficios de maternidad hasta \$5,000 USD (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América) para deducibles de \$1,000 (mil dólares de los Estados Unidos de América) y \$2,000 USD (dos mil dólares de los Estados Unidos de América).
- Beneficio para procedimientos de trasplante.
- Cobertura de complicaciones del embarazo para deducibles mayores a \$5,000 USD. (cinco mil dólares de los Estados Unidos de América)
- Reconocimiento de antigüedad de cualquier póliza de Gastos Médicos Mayores internacional (Eliminación de periodo de espera general 60 días).
- Accidentes sin Deducible dentro o fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- Aplicación de Deducible: Reinstalable cada año Póliza y los gastos médicos incurridos en los últimos 3 (tres) meses del año Póliza se aplican al siguiente año póliza (si no existen gastos incurridos en los primeros 9 (nueve) meses del año Póliza)
- Cobertura de enfermedades neurológicas.
- Amplia cobertura en Medicamentos. Una cobertura independiente al 100% (cien por ciento) para Medicamentos Altamente Especializados.
- Eliminación del Periodo de Espera para Cuidados Preventivos para niños mayores de 6 (seis) meses de edad y hasta los 17 años y adultos, solamente para Pólizas que sean pagadas de forma anual o semestral.

SUMA ASEGURADA ANUAL

Todos los beneficios siguientes, incluidos aquellos cubiertos al 100% (cien por ciento), contribuirán al límite máximo anual de la Póliza.

\$4,000,000 USD
(cuatro millones de dólares de los Estados Unidos de América)

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Servicios durante la hospitalización, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> a. Habitación privada. b. Procedimientos Quirúrgicos. c. Alimentos. d. Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados cardíacos. e. Estudios de laboratorio y gabinete. f. Sala de operaciones, curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios. g. Transfusiones de sangre. h. Medicamentos. i. Servicios de anestesia. 	100% (cien por ciento)
Atención general de enfermería.	\$150 USD (ciento cincuenta dólares de los Estados Unidos de América) por día; máximo de 30 (treinta) 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% (cien por ciento)
Tratamiento de quimioterapia y radioterapia	100% (cien por ciento)
Cirugía reconstructiva	100% (cien por ciento)

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

ACCIDENTES Y EMERGENCIAS:	PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS
Accidente tratado dentro de los Estados Unidos Mexicanos	100% (cien por ciento); deducible cero
Accidente tratado fuera de los Estados Unidos Mexicanos	100% (cien por ciento); deducible cero
Servicio de ambulancia terrestre de emergencia	100% (cien por ciento)
Servicio de ambulancia aérea de emergencia	\$50,000 USD; no aplica deducible
Sala de emergencias y servicios médicos de emergencia	100% (cien por ciento)
Protección dental (tratamiento dental por accidente)	100% (cien por ciento); 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% (cien por ciento) 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% (cien por ciento); \$5,000 USD máximo de por vida
Cirugía refractiva (Lasik)	100% (cien por ciento); \$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% (cien por ciento) si es diagnosticado a partir de los 18 años de edad
Trasplante de órganos humanos, médula ósea, sangre y células madre	100% (cien por ciento); \$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% (cien por ciento)
Medicamentos altamente especializados	100% (cien por ciento)
Prótesis y órtesis	100% (cien por ciento)

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	100%
Atención Médica Domiciliaria - <i>Home care</i>	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.

Si la madre tiene 10 meses de cobertura continua (parto normal o cesárea)	\$5,000 USD beneficio máximo por embarazo
Complicaciones del Embarazo y Perinatales	\$500,000 USD máximo de por vida (titular o cónyuge únicamente), todos los embarazos combinados
Exámenes para el Recién nacido	Incluido hasta los 6 (seis) meses de edad
Almacenamiento de sangre del cordón umbilical	\$500 USD (quinientos dólares de los Estados Unidos de América) una sola vez por cada Embarazo Cubierto.

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

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 de los Estados Unidos de América) 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

55 8525 9500

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, Ciudad de México, México.
Tels. 800 900 1292 • *AXA (*292) • axa.mx

AI - 468 • ABRIL 2026