



Gastos Médicos Mayores

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

**Línea Hospitalaria
(Experiencia Global)**

Condiciones Generales

	Página
I. Definiciones	6
1. Accidente	6
2. Asegurado(a)	6
3. Asegurado(a) Titular	6
4. Certificado Individual	6
5. Coaseguro	6
6. Colectividad Asegurable	7
7. Colectividad Asegurada	7
8. Compañía	7
9. Consulta	7
10. Contratante	7
11. Contrato de Seguro o Póliza	7
12. Deducible	7
13. Dependientes Económicos	8
14. Dispositivos Médicos	8
15. Emergencia Médica o Urgencia Médica	8
16. Endoso	8
17. Enfermedad	8
18. Enfermedades Preexistentes	8
19. Fractura	9
20. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario	9
21. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)	9
22. Hospital, Clínica o Sanatorio	9
23. Hospitalización	9
24. Madre Asegurada	9
25. Maternidad Subrogada	10
26. Medicamento	10
27. Medicamentos Huérfanos	10
28. Medicamento Necesario	10
29. Médico	10
30. Órganos Bilaterales	10
31. Pago Directo / Programación de servicios	10
32. Pago por Reembolso	11
33. Periodo al Descuberto	11
34. Periodo de Espera	11
35. Práctica Profesional de Deportes	11
36. Prestadores en Convenio	11
37. Reconocimiento de Antigüedad	11
38. Región Anatómica	12
39. Reproducción Asistida	12

	Página
40.Siniestro	12
41.Solicitud de Seguro	12
42.Suma Asegurada	13
43.Tabulador	13
44.Tope de Coaseguro	13
45.Tratamientos Innovadores	13
46.Tratamiento o Terapia	13
47.Tratamientos en Investigación	13
48.Vigencia	13
II. Objetivo del seguro	14
<hr/>	
III. Cobertura básica	14
<hr/>	
a) Gastos Médicos Mayores Cubiertos	14
1. Honorarios Médicos	14
2. Gastos Hospitalarios	16
3. Cuidados en Casa o Fuera del Hospital	16
4. Terapias de Rehabilitación	17
5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia	18
6. Cirugía Reconstructiva	18
7. Trasplante de Órganos	18
8. Trasplante de Tejidos y Células	19
9. Dispositivos Médicos	20
10.Tratamiento Dental por Accidente	22
11.Práctica Amateur de Deportes	23
12.Ambulancia	23
13. Medicina Alternativa	23
14.Cirugía con Robot	23
15.Tratamiento por Daño Psiquiátrico	24
16. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos no Cubiertos	25
17.Continuidad Garantizada (CONT)	25
18. Tratamientos Innovadores	26
b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera	27
1. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses cumplidos	27
2. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses cumplidos	28
3. Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses cumplidos	28
4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses cumplidos	29

	Página
IV. Cobertura Adicional con Costo	30
1. Ayuda por Maternidad (MATE)	30
2. Preexistencia (PREE)	31
3. Pago de Complementos (COMPL)	32
4. Cobertura Nacional (CONA)	32
5. Emergencia en el Extranjero (EMER)	33
6. Atención Médica en el Extranjero (ATEX)	35
7. Deducible Cero por Accidente (DED0)	36
8. Paquete de Beneficios Adicionales	36
V. Exclusiones (gastos no cubiertos)	42
VI. Cláusulas generales	48
1. Cobertura del Contrato de Seguro	48
2. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario	48
3. Periodo de Beneficio	49
4. Periodo de Gracia	49
5. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	49
6. Primas	50
7. Cancelación del Contrato	50
8. Extinción de Obligaciones	51
9. Revelación de Comisiones	52
10. Procedimientos	52
11. Altas	52
12. Bajas	53
13. Cambio de Plan	53
14. Cambio de Contratante	54
15. Cambio de Forma de Pago de las Primas	54
16. Examen Médico	54
17. Renovación	54
18. Rehabilitación	55
19. Prescripción	55
20. Zona de Cobertura (Territorialidad)	55
21. Moneda	56
22. Omisiones o Inexactas Declaraciones	56
23. Agravación del Riesgo	56
24. Competencia	56
25. Edad	57
26. Siniestros	58
27. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	58

	Página
28. Interés Moratorio	61
29. Beneficios Fiscales	61
30. Arbitraje Médico	61
31. Entrega de la Documentación Contractual	62
32. Responsabilidad de la Compañía	62
33. Subrogación	62
34. Restricción de cobertura	63
VII. Servicios de Asistencia (Proveedor de Asistencia)	63
1. Definiciones	63
2. Servicios de Asistencia Incluidos en la Póliza	64
3. Obligaciones del Beneficiario	65
a. Solicitud de Asistencia	65
b. Traslado Médico Terrestre	65
c. Imposibilidad de notificación al proveedor de asistencia	65
d. Solicitud en caso de Traslado Médico y Repatriación	66
4. Normas Generales	66
a. Mitigación	66
b. Prescripción de las reclamaciones	66
c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia	67
d. Subrogación	67
5. Exclusiones Particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes	67
VIII. Artículos citados en las condiciones generales	69
IX. Significado de Abreviaturas	71
X. Registro	72

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

AXA Seguros, en lo futuro la “Compañía” ampara a las personas (Asegurados) indicados en la Carátula de la Póliza contra los riesgos limitativamente señalados en cada una de las coberturas contratadas, sujeto a los requisitos de cobertura, límites de responsabilidad por suma asegurada, tipo de gasto y demás conceptos cubiertos.

Salvo mención expresa en contrario, queda a cargo del Asegurado el Deducible y Coaseguro, así como los gastos y riesgos no cubiertos.

Cuando en alguna de las coberturas contratadas se haga referencia a algún límite de cobertura o responsabilidad, representa el valor máximo por el cual la Compañía se obliga. Tales límites no constituyen agregados adicionales de responsabilidad, sino que están incluidos en las Sumas aseguradas contratadas.

Cuando esta Póliza cuente con Endoso(s), lo allí previsto modifica y prevalecerá sobre lo pactado en estas condiciones generales, exclusivamente en lo previsto de modo expreso en el Endoso. Para cualquier otro caso, siempre prevalecerá lo señalado en estas condiciones generales.

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro y siempre que se usen con mayúsculas se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento súbito, fortuito y violento, proveniente de una causa externa o interna, en cuyo caso los efectos son ajenos a la voluntad del Asegurado. Para acceder a los beneficios que esta Póliza otorga a los Accidentes, es necesario que la atención médica sea recibida dentro de los 90 (noventa) días subsecuentes al evento, de lo contrario serán gestionados como Enfermedad o Padecimiento. Se consideran como parte de un mismo Siniestro todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento Médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

2. Asegurado(a)

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

3. Asegurado(a) Titular

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

4. Certificado Individual

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

5. Coaseguro

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



Dicho porcentaje es elegido por el Contratante y queda indicado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

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

6. Colectividad Asegurable

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

7. Colectividad Asegurada

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

8. Compañía

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

9. Consulta

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

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

10. Contratante

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

11. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a. Solicitud del seguro llenada y firmada por el Contratante.
- b. Carátula de la Póliza.
- c. Certificado Individual.
- d. Condiciones generales.
- e. Endosos.
- f. Tabulador.
- g. Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- h. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

12. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual el cual aplicará para cada Siniestro cubierto, en términos de las condiciones generales vigentes del Contrato de Seguro.

La obligación de pago a cargo de la Compañía comienza desde que los gastos por atención médica cubiertos han rebasado el Deducible, con límite en la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.



13. Dependientes Económicos

Aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular, incluyendo al cónyuge, conviviente, concubino e hijos solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

14. Dispositivos Médicos

Es todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto, incluido el software para su funcionamiento, destinados para ser empleados en seres humanos y que la Cofepris clasifica en 6 (seis) tipos:

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

15. Emergencia Médica o Urgencia Médica

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

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

16. Endoso

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

17. Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite Tratamiento Médico o quirúrgico. Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren.

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

18. Enfermedades Preexistentes

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas cuya existencia es anterior a la celebración del Contrato de Seguro.

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

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

19. Fractura

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

20. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

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

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

21. Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

Las tarifas Usuales, Razonables y Acostumbradas determinadas por la Compañía respecto de los gastos Médicos incurridos por el Asegurado fuera del territorio nacional. Dichas tarifas se determinan considerando los costos que resulten más bajos entre:

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

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

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

22. Hospital, Clínica o Sanatorio

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

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

23. Hospitalización

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

24. Madre Asegurada

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



25. Maternidad Subrogada

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

26. Medicamento

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

Debe tener un documento de Indicaciones Para prescribir (IPP) disponible al público emitido por el productor y un registro sanitario vigente que incluya las IPP y la licencia de comercialización en México emitido por la Cofepris.

27. Medicamentos Huérfanos

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

28. Medicamento Necesario

Dispositivo Médico, Medicamento, Tratamiento, procedimiento o intervención que sea recomendado por el Médico tratante, siempre y cuando cumpla con las indicaciones para prescribir (IPP) del fabricante; esté autorizado por COFEPRIS y, que siga las guías de Tratamiento nacional e internacionales vigentes para su uso, de acuerdo al lugar donde se recibe la atención médica.

29. Médico

Profesional de la salud, titulado y legalmente autorizado mediante cédula profesional.

En el caso de Médico especialista, deberá contar, adicionalmente, con la certificación vigente por el Consejo de la Especialidad de que se trate. Para el uso de Dispositivos Médicos de alta especialidad, el Médico especialista deberá contar con evidencia oficial o institucional que avale su entrenamiento en el uso del Dispositivo Médico de alta especialidad.

El Asegurado debe cerciorarse que sus Médicos tratantes cuentan con cédula profesional, cédula de especialidad, así como las correspondientes certificaciones y entrenamientos médicos que resulten necesarias para ejercer la especialidad de que se trate.

30. Órganos Bilaterales

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

31. Pago Directo / Programación de servicios

La Compañía puede otorgar este servicio mediante el cual pagará directamente los gastos por la atención brindada al Asegurado, quedando a cargo de este los gastos no cubiertos, Deducible y Coaseguro.

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

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

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



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

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

32. Pago por Reembolso

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

33. Periodo al Descubierta

Periodo durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro.

34. Periodo de Espera

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

35. Práctica Profesional de Deportes

Es el conjunto de actividades realizadas por el Asegurado por las cuales recibe una remuneración.

36. Prestadores en Convenio

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

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página de internet axa.mx en el siguiente link: <https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios> o en el Contact Center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

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

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

37. Reconocimiento de Antigüedad

Es el tiempo en el que un Asegurado ha tenido la cobertura que otorga una Póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores de forma continua e ininterrumpida en la Compañía o en alguna otra compañía de seguros, con el mismo Contratante y cuando no existan Periodos al Descubierta mayores a 30 (treinta) días naturales.

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

El Reconocimiento de Antigüedad realizado por la Compañía, únicamente otorga el beneficio de eliminar o reducir los Periodos de Espera establecidos en el apartado III. Cobertura básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera.



El reconocimiento de antigüedad realizado por la Compañía no puede utilizarse para definir la cobertura de Accidentes o Enfermedades originadas antes de la fecha de contratación de la Póliza. Cualquier Accidente o Enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, se considera como Preexistente.

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

38. Región Anatómica

La subdivisión del cuerpo humano basada en características anatómicas y funcionales específicas:

Nombre del Segmento del Cuerpo	Región Anatómica
Cabeza	Cráneo Cara
Cuello	Anterior Esternocleidomastoideas Lateral Posterior
Tronco	Dorsal Pectoral Abdomen Perineal
Miembros superiores	Deltoidea Brazo Codo Antebrazo Mano (dorsal y palmar)
Miembros inferiores	Glútea Muslo Rodilla Pierna Pie (dorsal y plantar)

39. Reproducción Asistida

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

40. Siniestro

Es la erogación de los gastos Médicos por el Asegurado o el costo de su atención médica. El valor del Siniestro es la suma de los gastos Médicos erogados por cada Accidente o Enfermedad cubierto por estas condiciones generales, que se agrupan por Asegurado para su identificación.

Todos los gastos por la atención médica de las afectaciones o lesiones corporales sufridas por el Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierto; su Tratamiento Médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas serán consideradas en un mismo Siniestro.

41. Solicitud de Seguro

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



42. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente o Enfermedad cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Es elegida por el Contratante y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

43. Tabulador

Monto máximo que cubre la Compañía por concepto de honorarios Médicos, honorarios del equipo quirúrgico, honorarios de enfermería, honorario de terapeutas, honorario de quiropráctico, honorario de acupunturistas, derivados del Tratamiento Médico o quirúrgico, Terapia y/o procedimientos terapéuticos, por cada Accidente o Enfermedad cubierto en este Contrato de Seguro.

El Tabulador no es determinado por la Compañía, este es seleccionado libremente por el Contratante al momento de la contratación. El nombre del Tabulador contratado se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

El Tabulador contratado se puede consultar en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/seguro-gastos-medicos/linea-hospitalaria-pymes) en el siguiente link: <https://axa.mx/seguro-gastos-medicos/linea-hospitalaria-pymes> o en el Contact Center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

44. Tope de Coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro por la atención de una Enfermedad o Accidente cubierto.

45. Tratamientos Innovadores

Se refieren a aquellos medicamentos y dispositivos médicos cuya fecha de aprobación por la autoridad sanitaria en México (COFEPRIS o la entidad que en su caso la sustituya) para esa Enfermedad, lesión o Accidente, no sea mayor a 5 (cinco) años a la fecha de la erogación del gasto. En el caso de EMER o ATEX la fecha de aprobación será aquella dada por la autoridad sanitaria del país donde ocurra la atención médica.

Adicional se consideran como Tratamientos Innovadores los Medicamentos Huérfanos.

46. Tratamiento o Terapia

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

47. Tratamientos en Investigación

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

48. Vigencia

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



II. Objetivo del seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de un Siniestro, de acuerdo con un diagnóstico Médico definitivo y estudios complementarios que lo corroboren. Estos gastos deberán ser Medicamente Necesarios y derivados de Tratamientos relacionados con un Accidente o Enfermedad.

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

La Compañía podrá otorgar el beneficio del Pago Directo tras la Programación del Servicio por parte del Asegurado y la previa autorización por parte de la Compañía.

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

III. Cobertura básica

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

a) Gastos Médicos Mayores Cubiertos

1. Honorarios Médicos

Los honorarios Médicos se pagarán de acuerdo con los montos establecidos en el Tabulador contratado, el cual se encuentra estipulado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual; siempre y cuando los profesionales de la salud cuyos honorarios se reclaman, haya participado activa y directamente en el Tratamiento Médico o quirúrgico; en el procedimiento terapéutico o, en la Consulta del Asegurado y esto se pueda corroborar en el expediente clínico mediante una nota clínica en la que aparezca su firma autógrafa.

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

a. Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica

Se pagará el monto correspondiente al honorario Médico por Consultas o evaluaciones médicas con base en el Tabulador contratado.

La Compañía cubrirá las Consultas que el Asegurado requiera derivado del Accidente o Enfermedad cubierta, limitando el pago a una Consulta diaria por especialidad.

b. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica

En caso de intervención quirúrgica, los honorarios Médicos serán cubiertos de acuerdo con el Tabulador contratado, y con base en la siguiente tabla:

Médico	Porcentaje sobre Tabulador
Cirujano	100%
Anestesiólogo	30% *



Médico	Porcentaje sobre Tabulador
Primer Ayudante	20% *
Segundo Ayudante	10% *
Técnico especializado	10% *

*** El porcentaje de anesthesiólogo, primer ayudante, segundo ayudante y técnico especializado (cuando apliquen), se calcula sobre el monto otorgado al cirujano como el 100%.**

Se pagará el monto correspondiente al procedimiento quirúrgico, dicho monto incluye las Consultas del equipo quirúrgico durante los 15 (quince) días posteriores a la realización de la cirugía y una vez que el paciente haya sido dado de alta. Cuando el paciente requiera continuar Hospitalizado se pagará el monto de una sola Consulta diaria por especialidad.

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

Si en una misma sesión quirúrgica se practican hasta dos cirugías en la misma o diferente Región Anatómica, se cubrirá el 100% de los honorarios por la cirugía de mayor valor y el 50% de la segunda.

Si se practican más de dos cirugías en la misma sesión quirúrgica y Región Anatómica no serán cubiertos los honorarios más que de las dos primeras.

En el caso de una 3 (tercera) cirugía en la misma sesión, en la segunda Región Anatómica o en otra Región Anatómica diferente a la primera se cubrirá el 35% (treinta y cinco por ciento).

Si existen más intervenciones no serán cubiertas por la Compañía.

Lo anterior también aplica en caso de Enfermedades de Órganos Bilaterales.

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

En caso de que en la atención médica del Asegurado se requiera la intervención de más de un especialista, en un mismo evento quirúrgico, pero en procedimientos distintos, el monto cubierto será del 100% (cien por ciento) para cada uno de los Médicos especialistas que otorgaron la atención y siempre de acuerdo con el Tabulador contratado. Este tipo de pago requiere autorización de la Compañía.

Para efecto del pago de honorarios Médicos, si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y ésta se practicase dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera cirugía, esta nueva cirugía se considerará una complicación inmediata de la cirugía inicial y no se cubrirá un monto adicional por concepto de honorarios Médicos. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se podrá considerar como una intervención distinta e independiente de la primera y podrá ser cubierta, aplicando el Tabulador contratado.

Si existiera una diferencia entre el monto de honorarios reclamado por Médico tratante y el monto de honorarios especificado en el Tabulador contratado, esta diferencia no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.



2. Gastos Hospitalarios

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

- a. **Habitación privada estándar** con baño.
- b. **Alimentos suministrados al Asegurado.**
- c. **Estudios de laboratorio, gabinete, imagen y agentes de diagnóstico** indicados y justificados por el Médico tratante y relacionados directamente con el diagnóstico del Accidente o Enfermedad cubierta que motive la atención en ese momento.
- d. Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, Terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- e. **Transfusiones de sangre**, plasma, plaquetas o factores de coagulación. Se cubrirán las pruebas de compatibilidad indicadas para poder realizar la transfusión de dichos productos.
- f. **Medicamentos** administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas condiciones generales.
- g. Se cubre únicamente los **gastos de la cama extra** para el acompañante del Asegurado afectado.
- h. Atención general de **Enfermería**.

Cuando derivado del tratamiento de una Enfermedad cubierta, el Asegurado presente gastos relacionados con la atención, tratamiento o procedimientos de una Enfermedad no cubierta; una Enfermedad adicional no autorizados previamente o, cuando la Compañía detecte gastos relacionados con atención, tratamiento o procedimientos de una Enfermedad no cubierta o una Enfermedad adicional no autorizados previamente; el Asegurado deberá pagar el 40%(cuarenta por ciento) del monto total de la factura Hospitalaria, el monto del Coaseguro contratado y los honorarios Médicos de la atención, tratamiento o procedimientos de la Enfermedad no cubierta.

La Aseguradora cubrirá al 100% los honorarios de la atención de la Enfermedad cubierta por contrato.

Los honorarios Médicos por la atención de la Enfermedad cubierta se cubrirán por la Compañía conforme a estas condiciones generales, con las participaciones correspondientes del Asegurado.

3. Cuidados en Casa o Fuera del Hospital

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

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

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



A juicio de la Compañía este periodo se podrá extender por 30 (treinta) días más, siempre y cuando sea Médicamente Necesario, sea programado y autorizado por esta Compañía, a través de la Red de proveedores en convenio.

No se cubrirá honorarios por concepto de cuidadores.

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

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el tanque de oxígeno o concentrador durante el tiempo que lo requiera, este deberá ser devuelto a la Compañía al finalizar el Tratamiento o la cobertura de esta Póliza. Así mismo, quedará a decisión de la Aseguradora, la renta o venta del mismo al finalizar su utilización.

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

Se deberá de cumplir con los siguientes requisitos: el producto a cubrir debe de cumplir con la definición de Medicamentos de estas condiciones generales y ser Médicamente Necesario.

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

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

4. Terapias de Rehabilitación

Siempre y cuando sean Médicamente Necesarias se cubrirán única y exclusivamente como máximo las siguientes sesiones de Terapias de Rehabilitación, dentro o fuera del Hospital:

- 30 (treinta) para músculo esquelética
- 30 (treinta) para hidroterapia.
- 180 (ciento ochenta) para neurorrehabilitación.
- 90 (noventa) para psicomotora, únicamente para recién nacido con Beneficio AXA.
- 30 (treinta) para deglución.
- 365 (trescientas sesenta y cinco) para neurodesarrollo.
- Inhaloterapia o fisioterapia pulmonar será cubierta de acuerdo con la indicación del Médico Tratante.
- 40 (cuarenta) para cardíaca.
- 30 para cualquier otro tipo de Terapia Médicamente Necesarias.

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



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

Para la cobertura de los gastos por las Terapias de Rehabilitación amparadas en esta cobertura es indispensable que el Asegurado se cerciore de:

- Que las Terapias sean indicadas por el Médico tratante quien canalizará al Asegurado con un Médico especialista en medicina física y de rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento Médico y número de sesiones que requiera el Asegurado será determinado por el Médico especialista en medicina física y rehabilitación.
- Para el caso de inhalaTerapias el Médico tratante es quien indica y justifica el tipo de Tratamiento y el número de sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se realicen en centros especializados certificados y se proporcionen por personal que cuente con cédula profesional para ejercer la medicina física y de rehabilitación, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
- Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialidad que lo proporcionen, **excepto para politraumatismos, que pueden tener 2 (dos) sesiones de rehabilitación física por día por máximo 15 (quince) días.**

5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia

Previa solicitud de Programación de servicios y autorización de la Compañía, se cubrirán los Tratamientos de radioterapia o quimioterapia de acuerdo con las Guías Terapéuticas de la NCCN y que no se trate de un Tratamiento en Investigación.

6. Cirugía Reconstructiva

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

En caso de una Enfermedad cubierta únicamente se cubrirán las reconstrucciones asociadas a tumores malignos primarios en donde la resección de otras estructuras sea Médicamente Necesaria.

Solo se cubrirán cirugías cuando estas busquen restablecer la función del órgano afectado. En el caso de cáncer de glándulas mamarias, aun cuando no se restablezca la función del órgano, únicamente se cubrirá la reconstrucción y la prótesis de la mama afectada siempre y cuando se haya cumplido con el Periodo de Espera que se especifica apartado III. Cobertura básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera.

7. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos que genera el protocolo de estudio pre trasplante aprobado por el Comité de Trasplante de la Institución en donde se lleve a cabo el procedimiento, así como los gastos de Hospitalización del Asegurado receptor del trasplante, los honorarios del equipo Médico quirúrgico y los gastos del seguimiento post trasplante del Asegurado receptor.

En el caso de que el órgano a trasplantar provenga de un donador vivo se cubrirán los gastos necesarios para la donación, como son: el protocolo de estudio pre trasplante y los gastos hospitalarios solo del donador definitivo. Dicho protocolo deberá ser aprobado por el Comité de Trasplante de la Institución en donde se lleve a cabo el procedimiento de donación de órgano.



El monto máximo para cubrir para gastos del donador definitivo es la Suma Asegurada de la Póliza o 1,500 UMAM (mil quinientos UMAM), lo que resulte menor.

El monto de honorarios Médicos generados por el protocolo de estudio pre trasplante y los procedimientos quirúrgicos del receptor y donador se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado.

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

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

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

No se cubren las complicaciones del donador.

8. Trasplante de Tejidos y Células

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

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

Para Enfermedades congénitas y/o genéticas sin beneficio AXA, se cubren las Enfermedades genéticas de la córnea y los gastos derivados del trasplante, siempre y cuando la Enfermedad haya pasado desapercibida al nacimiento, no haya sido aparente a la vista o diagnosticada o tratada previamente a la fecha de alta del Asegurado en esta Póliza.

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

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

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

Este beneficio únicamente se pagará mediante Programación de servicio.

No se cubren los gastos de transporte ni de importación de la córnea, células y/o tejidos.

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

Se cubrirán los trasplantes de células troncales hematopoyéticas para el Tratamiento de leucemia y linfomas, siempre y cuando estén avalados por la guía normativa de la Secretaría de Salud y la Guía Terapéutica de la NCCN y no se trate de un Tratamiento y/o Intervención definido como Tratamiento en investigación.



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

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

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

NO se cubre la Terapia con células T con receptor de antígeno quimérico (CAR).

9. Dispositivos Médicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Dispositivos Médicos que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, siempre y cuando cuenten con registro sanitario vigente ante la Cofepris; permiso de comercialización en México y, se consideren Medicamente Necesarios.

La Compañía podrá realizar el pago de la Programación del servicio para estos Dispositivos Médicos, siempre que el Asegurado demuestre la prescripción y se consideren Medicamente Necesarios.

1. Equipo Médico

a. Equipo Médico dentro del Hospital:

Se cubren los gastos por el equipo Médico para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia Hospitalaria, cuando se demuestre la prescripción y se consideren Medicamente Necesarios.

b. Equipo Médico fuera del Hospital:

Sujeto a los requisitos del inciso anterior, se cubre la renta o compra del equipo Médico para la recuperación en casa del Asegurado o para continuar el Tratamiento establecido por el Médico tratante a nivel domiciliario. Lo anterior será cubierto, siempre y cuando el servicio sea solicitado a la Compañía y esta haya autorizado, programado y coordinado la entrega del equipo, tomando en cuenta que:

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si este falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen y verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si el equipo se encontrara dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el equipo Médico durante el tiempo que lo requiera hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado, agotamiento de la Suma Asegurada o la terminación de la Vigencia de la Póliza, lo que ocurra primero, debiendo devolverlo a la Compañía.



En caso de sillas de ruedas, camas eléctricas y grúas, el Asegurado tendrá un monto máximo de 50 UMAM (cincuenta UMAM) por equipo.

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

2. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de prótesis, órtesis y ayudas funcionales que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando tengan autorización previa de la Compañía; sean prescritos por el Médico tratante; cuente con registro sanitario y permiso de comercialización en México; su uso se considere Medicamento Necesario y, no sea definido como Tratamiento en Investigación.

- Se consideran ayudas funcionales los siguientes Dispositivos Médicos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales y/o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, auxiliares ventriculares internos, implante coclear, y bombas de infusión de insulina.
- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del Dispositivo Médico prescrito, así como del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso. Si el Dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá de notificarlo inmediatamente a la Compañía.
- Si el Dispositivo otorgado falla antes de que finalice la vida útil estipulada en la garantía del proveedor y el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso, el proveedor estará obligado a reponer el equipo y la Compañía a cubrir los gastos generados por la recolocación.
- Si el Asegurado no cumplió con las instrucciones de uso, deberá de cubrir el costo de la reposición y la Compañía cubrirá los gastos derivados de la recolocación.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el Dispositivo durante el tiempo que lo requiera y hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado, agotamiento de la Suma Asegurada o la terminación de la Vigencia de la Póliza, lo que ocurra primero.
- Cuando ya no sea necesario, deberá devolverlo a la Compañía al finalizar el uso.
- **En caso de que el costo de la prótesis, ortesis y/o ayudas funcionales supere 475 UMAM (cuatrocientos setenta y cinco UMAM) se aplicará un Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento) al monto que exceda la cantidad anterior. Para este concepto no aplica Tope de Coaseguro.**

Única y exclusivamente están amparados los gastos generados por reemplazo, recambio, reposición, ajuste y/o revisión de las ayudas funcionales precisadas en esta cobertura, lo anterior siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Que la primera colocación de la ayuda funcional haya sido cubierta por esta Compañía.
- Cuando hayan transcurrido mínimo 5 (cinco) años de haberse colocado o expiré la vida útil de la ayuda funcional o su fuente de energía. Se entiende por vida útil la especificada por el fabricante.



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

No se cubren los gastos generados por el valor de las piezas objeto de reemplazos, recambio, reposiciones, ajustes y/o revisiones de las prótesis y/o órtesis.

Para este beneficio no aplica reducción de Deducible y/o Coaseguro por Pago Directo.

3. Agentes de diagnóstico

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

No se cubrirán honorarios adicionales del personal que realiza estudios de diagnóstico, ni el costo de interpretación, puesto que dichos honorarios se incluyen en el costo del estudio. Con excepción de los procedimientos quirúrgicos diagnósticos donde se requiera personal Médico especializado.

4. Materiales quirúrgicos y de curación:

a. Dentro del Hospital

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

b. Fuera del Hospital

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

5. Insumos de uso odontológico y 6. Productos higiénicos

Los Dispositivos Médicos de uso odontológico y productos higiénicos no serán cubiertos, excepto lo mencionado en la cobertura 10. Tratamiento Dental por Accidente.

10. Tratamiento Dental por Accidente

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

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



11. Práctica Amateur de Deportes

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

12. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional cuando su uso sea considerado Médicamente Necesario a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta.

Esta cobertura no aplica cuando:

- a. El motivo del traslado no sea justificado por el Médico tratante y no se considere Médicamente Necesario.
- b. El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legales y solo se podrá realizar hasta que tal circunstancia se solucione.
- c. El Asegurado no esté autorizado por un Médico o paraMédico para el traslado hacia el destino elegido.

En ambulancia aérea el Coaseguro será de 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo y el monto máximo de Suma Asegurada para este beneficio es de 40 UMAM.

La ambulancia aérea solo se cubrirá por vía del Pago por Reembolso.

13. Medicina Alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos generados por Tratamientos de acupuntura, homeopáticos y quiroprácticos para control del dolor crónico derivado de un Accidente o Enfermedad cubierta.

Se cubrirán los honorarios de profesionistas que cuenten con cédula profesional, conforme al Tabulador contratado y con el monto correspondiente a una Consulta de Médico general.

14. Cirugía con Robot

Se cubren los gastos asociados con la cirugía mínimamente invasiva asistida por un robot, única y exclusivamente para los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Prostatectomía por cáncer de próstata.
- Histerectomía por cáncer de endometrio.
- Histerectomía por cáncer de ovario.
- Histerectomía por cáncer cérvico-uterino.
- Nefrectomía por cáncer renal.
- Recto-sigmoidectomía por cáncer de colon-recto.



Cualquier otro procedimiento realizado con asistencia robótica solo podrá ser cubierto por esta Póliza previa autorización de la Compañía a través de Programación de servicio.

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

Para este caso no aplica reducción de Deducible y Coaseguro por Pago Directo. Siempre se aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento). No aplica Tope de Coaseguro contratado.

15. Tratamiento por Daño Psiquiátrico

Se cubren los gastos Médicos erogados por tratamiento psiquiátrico siempre y cuando, alteren de manera directa el estado mental del Asegurado y sea Médicamente Necesarios por alguna de las siguientes Accidentes o Enfermedades:

- a. Cáncer
- b. Accidente vascular cerebral
- c. Infarto del miocardio
- d. Insuficiencia renal
- e. Intervención quirúrgica por Enfermedad de las arterias coronarias
- f. VIH o SIDA
- g. Haber sufrido alguno de los siguientes hechos:
 1. Politraumatismo
 2. Amputaciones
 3. Quemaduras de tercer grado
- h) Derivado de un acto delictivo ocurrido sobre la persona asegurada, respecto de:
 1. Robo con violencia
 2. Secuestro
 3. Violación

En este caso, será indispensable presentar copia del acta del Ministerio Público.

Límites de esta cobertura:

- a. Máximo 24 Consultas por Siniestro.**
- b. Las Consultas están sujetas al Tabulador Contratado.**



c. El monto máximo para los Medicamentos derivados del tratamiento psiquiátrico son 35 UMAM.

d. Esta cobertura aplica únicamente en territorio nacional y vía Pago por Reembolso.

En caso que el Asegurado se encuentre en tratamiento y sufriera un nuevo Siniestro de los amparados, el límite de 24 Consultas para este último es independiente y no son acumulables con el primero.

Se excluyen los gastos por honorarios Médicos y Medicamentos psiquiátricos prescritos por Médicos que carezcan de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

16. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos no Cubiertos

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

- a. Tratamientos Médicos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, plástico o para la calvicie.
- b. Tratamientos dietéticos, Médicos o quirúrgicos para anorexia, bulimia, aumento o reducción de peso o para obesidad.
- c. Tratamientos Médicos o quirúrgicos para corregir el acné.
- d. Tratamientos Médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad y/o disfunción sexual.
- e. Tratamientos con fines preventivos.
- f. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando estos se consideren como Emergencia Médica.

Al quedar estabilizada y controlada la condición que originó la atención, cesará la Emergencia Médica y, por lo tanto, los efectos de esta cobertura.

La Suma Asegurada de este beneficio será de 350 UMAM (trescientos cincuenta UMAM) o la Suma Asegurada de la Póliza, lo que resulte menor.

No aplica beneficio de reducción de Deducible y Coaseguro por Pago Directo.

17. Continuidad Garantizada (CONT)

La Compañía otorgará una Póliza individual con las condiciones equivalentes a la Póliza colectiva, de acuerdo con los productos vigentes registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, reconociendo la fecha de antigüedad de la Póliza de Gastos Médicos Mayores colectivo de esta Compañía, con la finalidad de cubrir los gastos Médicos por Accidentes o Enfermedades que hayan sido diagnosticados o pagados a partir de la fecha de Antigüedad reconocida de la Póliza de colectivo con AXA, siempre y cuando:

- La solicitud de la cobertura sea autorizada por la Compañía.
- La Póliza colectiva cuente con más de 30 (treinta) Asegurados, incluyendo titulares y dependientes.



-
- Que el Contratante de la Póliza colectiva sea una persona moral.
 - Que la Póliza de colectivo haya sido pagada al 100% (cien por ciento) por el Contratante.
 - Que el Asegurado haya ingresado a la Póliza colectiva, con una edad máxima de 64 (sesenta y cuatro) años.
 - Que el Asegurado haya estado vigente de forma continua e ininterrumpida en la Póliza colectiva del mismo Contratante.
 - La Suma Asegurada en la Póliza colectiva no haya sido agotada.

Para solicitar esta cobertura, es necesario que el Asegurado solicite mediante la Solicitud de Seguro del producto individual el beneficio de Continuidad Garantizada. Esta Solicitud debe estar debidamente requisitada y firmada; declarando dentro de la misma los padecimientos del Asegurado, y ser realizada dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la separación laboral y la baja de la Póliza colectiva de esta Compañía. Así mismo, deberá presentar la documentación requerida por la Compañía para comprobar dicha separación y baja.

El Asegurado deberá de cubrir nuevamente el Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro vigente en la Póliza de individual, sin importar que estos ya hayan sido cubiertos en la Póliza colectiva. Se cubren los gastos Médicos derivados de padecimientos o Enfermedades que estén cubiertos por la Póliza individual.

18. Tratamientos Innovadores

Previa solicitud de Programación de servicios y autorización de la Compañía, se cubrirán los Tratamientos Innovadores a consecuencia de un Siniestro cubierto por la cobertura básica.

Se aplicará el Coaseguro y Tope de Coaseguro contratado en la cobertura básica para los primeros 800 UMAM (ochocientos UMAM) por Siniestro y para el excedente a este monto se aplicará un 30% de Coaseguro, sin que aplique Tope de Coaseguro.

19. + Care

Cuando el Asegurado sea diagnosticado y requiera tratamientos para padecimientos **oncológicos (cáncer) y ortopédicos de: columna; cadera y, rodilla**, tendrá acceso al programa de acompañamiento y asesoría personalizados de +Care para recibir sin costo adicional y de forma personalizada: asesoría telefónica; con el fin de guiarlos en el mejor aprovechamiento de sus seguro, como es el caso de segunda opinión médica; home care; envío de Medicamentos a domicilio, incluyendo acceso a programas de descuento (sujeto a la disponibilidad de los convenios con farmacéuticos y distribuidores); apoyo en trámites para la programación de servicios Médicos especializados utilizando los recursos de Prestadores en Convenio para este programa.

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

En los padecimientos ortopédicos aplica para: cirugías iniciales, reintervenciones quirúrgicas, reemplazos articulares, uso de materiales biológicos, instrumental quirúrgico especializado e injerto.

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



Cuando el Asegurado opte por no seguir las indicaciones del programa, se aplicará un Coaseguro del 80% (ochenta por ciento) del total del gasto, sin aplicar Tope de Coaseguro.

b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los eventos que se listan a continuación, una vez que se hayan cumplido los Períodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

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

1.1. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos Médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio. **Para esta cobertura no aplica reconocimiento de Antigüedad.**

- a. Embarazo extrauterino.
- b. Embarazo molar.
- c. Los estados de fiebre puerperal.
- d. Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
- e. Placenta acreta.
- f. Placenta previa.
- g. Atonía uterina.
- h. Óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido.
- i. Diabetes gestacional.
- j. Procedimiento de cerclaje.
- k. Púrpura trombocitopénica.

Este beneficio aplica para toda mujer Asegurada (Titular, Cónyuge e hijas solteras) en esta Póliza mayor de 18 años.

1.2. Ayuda por Maternidad

La Compañía indemnizará la Suma Asegurada de 5 UMAM por Parto y/o Cesárea, sin aplicar Deducible ni Coaseguro. **Para esta cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.**

Este beneficio aplica para toda mujer Asegurada (Titular, Cónyuge e hijas solteras) en esta Póliza mayor de 18 años.

1.3. Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los Tratamientos Médicos y quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro o prematuro, Enfermedades genéticas, Enfermedades congénitas incluyendo implante coclear, trasplante de córnea, estrabismo, circuncisión únicamente por fimosis y talla baja lo que corresponda a la deficiencia de la hormona del crecimiento, así



como Accidentes o Enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando se haya dado de alta en la Póliza al recién nacido dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento. **Para esta cobertura no aplica reconocimiento de Antigüedad.**

Si la Madre Asegurada no cumple con el Periodo de Espera, podrá solicitar el Alta del recién nacido y no aplicará el beneficio de esta cobertura.

Este beneficio aplica para toda mujer Asegurada (Titular, Cónyuge e hijas solteras) en esta Póliza mayor de 18 años.

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

Se cubren los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 2.1. Enfermedades de la columna vertebral. Las hernias de disco, la cifosis, la lordosis y la escoliosis congénitas, juveniles o idiopáticas tienen un periodo de espera mayor.
- 2.2. Litiasis renal y urinaria y tumores de las vías urinarias.
- 2.3. Cualquier Enfermedad de la vesícula y vías biliares, incluyendo episodios iniciales agudos de colecistitis litíásica.
- 2.4. Enfermedad tumoral ginecológica, incluyendo cáncer de mama.
- 2.5. Enfermedades del piso pélvico.
- 2.6. Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.
- 2.7. Tratamiento Médico o quirúrgico de hallux valgus
- 2.8. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus, siempre y cuando no sean de carácter estético.
- 2.9. Enfermedades de rodilla, **para esta cobertura no aplica reconocimiento de Antigüedad.**
- 2.10. Enfermedades ácido-pépticas.
- 2.11. Reflujo gastroesofágico

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

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

Se cubren los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 3.1. Enfermedades anorrectales.
- 3.2. Amígdalas y adenoides.
- 3.3. Hernias incluyendo hernias de disco
- 3.4. Circuncisión para Asegurados nacidos sin beneficio AXA, **únicamente por fimosis. Para este caso no aplica reconocimiento de Antigüedad.**
- 3.5. Cirugía para corrección de cataratas (incluyendo lente intraocular), **para esta cobertura no aplica reconocimiento de Antigüedad.**



3.6. Cirugía o tratamiento Médico de cifosis, lordosis o escoliosis.

3.7. Cirugía refractiva, quedan cubiertos los gastos Médicos erogados por el Asegurado, por el procedimiento de cirugía refractiva con la finalidad de corregir trastornos de miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, **siempre y cuando cumpla con mínimo 5 dioptrías en al menos un ojo. El monto máximo para esta cobertura son 15 UMAM por uno o ambos ojos, las Consultas postoperatorias están incluidas dentro de la Suma Asegurada de esta cobertura y están sujetas al Tabulador contratado.**

Este beneficio aplica una única vez en la vida del Asegurado, independientemente que el Asegurado sea operado por uno o ambos ojos.

Este beneficio aplica únicamente por Programación de servicio.

3.8. Nariz y senos paranasales, se cubren los gastos, **siempre y cuando no se trate de cirugía estética. Siempre aplica Coaseguro del 20% independientemente del Coaseguro contratado y sin Tope de Coaseguro. Para la cobertura de Enfermedades no aplica Reconocimiento de antigüedad y debe realizarse únicamente bajo Programación de servicios. Para la cobertura de Accidentes, el evento debe cumplir con la definición de Accidente y no aplica Periodo de Espera.**

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

4. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses cumplidos

4.1. VIH y SIDA.

Se cubren los gastos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando el Asegurado sea diagnosticado positivo como resultado de los estudios serológicos posterior al Periodo de Espera.

Para esta cobertura no aplica Reconocimiento de Antigüedad.

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

4.2. Cirugía Bariátrica

Se cubren los gastos por única ocasión en la vida del Asegurado y solo para los siguientes procedimientos:

- Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica).
- Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band).
- Bypass (puente) gástrico.
- *Switch* duodenal.

Adicionalmente, el Asegurado debe cumplir con los criterios siguientes:

- Sea la primera Cirugía Bariátrica en la vida del Asegurado.
- Tenga un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 (cuarenta).
- Sea menor de 40 (cuarenta) años.



-
- Sea diagnosticado con alguno de los siguientes: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteraciones osteomusculares y/o minusvalía grave a causa del exceso de peso.

Para el cuidado post operatorio se cubre durante 1 (un) año la siguiente medicación: calcio, vitamina D, ácido fólico, vitamina B12 y hierro.

La Suma Asegurada para esta cobertura es 150 UMAM.

Este beneficio aplica únicamente por Programación de servicios.

No se cubren Consultas pre y postoperatorias.

No aplica Reconocimiento de Antigüedad ni beneficio de reducción de Deducible y/o Coaseguro para Pago Directo.

No aplica el beneficio de eliminación de Periodo de Espera para colectividades que no cumplan lo siguiente:

- La Póliza colectiva cuente con más de 50 (cincuenta) Asegurados, incluyendo titulares y dependientes.
- Que el Contratante sea una persona moral.
- Que la Póliza de colectivo haya sido pagada al 100% (cien por ciento) por el Contratante.

IV. Cobertura Adicional con Costo

Los riesgos a que se refieren las siguientes coberturas adicionales con costo, quedan cubiertos por Tratamientos que sean Médicamente Necesarios, indicados y justificados por un Médico; siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante.

Se cubren los gastos correspondientes de acuerdo con la cláusula de Periodo de Pago de Beneficio y las condiciones y límites especificados en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual:

1. Ayuda por Maternidad (MATE)

La Compañía indemnizará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual, **sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada, al momento del evento de maternidad, tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza. No aplica Reconocimiento de Antigüedad.**

La Compañía podrá adelantar el pago a la Asegurada a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Lo solicite la Asegurada y entregue a la Compañía la interpretación del ultrasonido e Informe Médico correspondiente.
- La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente cobertura al momento de solicitar este beneficio.

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

Suma Asegurada

- a) Las Sumas Aseguradas son indemnizatorias y las opciones son:



- 10 (diez) UMAM.
- 15 (quince) UMAM.
- 20 (veinte) UMAM.

La Compañía sustituirá el monto indemnizatorio de la cobertura de Ayuda por Maternidad básica por el monto contratado de esta cobertura.

En caso de parto múltiple se otorgará un 50% adicional a la Suma Asegurada contratada.

b) Si se solicita un incremento en la Suma Asegurada de esta cobertura, correrá un nuevo Periodo de Espera de 10 (diez) meses a partir de dicho cambio para obtener el beneficio de la nueva Suma Asegurada.

c) En caso de no cumplir con el nuevo Periodo de Espera se pagará la Suma Asegurada de Maternidad que se encontraba vigente antes del incremento de Suma Asegurada.

d) En caso de que se haya solicitado el cambio a una Suma Asegurada menor, se pagará la Suma Asegurada vigente al momento del nacimiento.

Para esta cobertura no aplica Deducible ni Coaseguro.

Este beneficio aplica para toda mujer Asegurada (Titular, Cónyuge e hijas solteras) en esta Póliza mayor de 18 años.

En ningún caso se cubrirán gastos adicionales al importe señalado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

Exclusiones particulares:

a) Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.

b) Gastos derivados de Maternidad Subrogada y cualquiera de sus complicaciones.

2. Preexistencia (PREE)

Una vez que el Asegurado haya cumplido con el periodo de espera indicado en el Certificado Individual para esta cobertura, la Compañía pagará los gastos derivados de las Enfermedades Preexistentes anteriores a la fecha de Antigüedad Reconocida por el Contratante en esta Póliza. **No aplica reducción o eliminación del Periodo de Espera por Reconocimiento de Antigüedad.**

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

Periodo de espera, opciones:

- 24 meses
- 12 meses
- 0 meses (este caso únicamente sujeto a evaluación de Suscripción)

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro



Aplican condiciones contratadas y estipuladas en Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

Exclusiones particulares:

- a. **Queda excluido de esta cobertura todo tipo de gasto erogado como consecuencia de una Enfermedad Preexistente, cuando en el periodo de espera indicado en el Certificado Individual el Asegurado haya recibido Tratamiento o haya erogado gastos por la atención de la Enfermedad Preexistente de que se trate.**
- b. **Quedan excluidos los gastos que sean complementarios de un Siniestro reclamado en otras Pólizas de seguro de otras compañías dentro del Periodo de Espera.**
- c. **Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.**

3. Pago de Complementos (COMPL)

Quedan cubiertos los gastos Médicos erogados durante la vigencia de esta Póliza, por los gastos complementarios a consecuencia de un Accidente o Enfermedades cubiertas, entendiéndose como gastos complementarios aquellos que fueron cubiertos y pagados en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo a nombre del mismo Contratante, emitida por ésta u otra institución de seguros y que sean posteriores a la fecha del Reconocimiento de Antigüedad reconocida en esta Póliza por el Contratante. **Los complementos reconocidos, no serán considerados como Padecimientos Preexistentes.**

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

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

La Suma Asegurada será el remanente de Suma Asegurada para el Siniestro, la Suma Asegurada actual o hasta 3,200 UMAM (tres mil doscientos UMAM) lo que resulte menor.

Aplica el Deducible de la cobertura básica, Coaseguro y Tope de Coaseguro contratados.

Exclusiones particulares:

- d. **Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.**

4. Cobertura Nacional (CONA)

A partir de la fecha de alta de esta cobertura adicional, el Asegurado podrá recibir atención médica en cualquier parte del territorio nacional (dentro de la República Mexicana), aplicando las condiciones y límites contratados en la Póliza, se eliminará el aumento de Coaseguro por atención en una zona diferente a la zona de contratación.



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

Aplica la Suma Asegurada de la Cobertura Básica estipulada en la Carátula de la Póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro de la básica.

Esta Cobertura no modifica Deducible, Coaseguro y/o Tope de Coaseguro contratados.

Exclusiones particulares:

- e. Gastos que se originen a consecuencia de Enfermedades Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.**
- f. Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.**

5. Emergencia en el Extranjero (EMER)

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

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que tiene su domicilio habitual dentro de la República Mexicana y que no radica más de 3 meses fuera del país. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la República Mexicana.

Adicional a lo señalado en las Definiciones, se consideran Emergencias Médicas:

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

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

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

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

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



-
- c. Suministros en el Hospital: Medicamentos, material Médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

Todos los suministros:

Deben de estar relacionados con el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierta.

La indicación para la cual fue aprobado el uso del suministro debe estar especificada por la FDA (*Food and Drug Administration*) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspañol/>.

Los suministros deben estar aprobados por la ley del país donde se reciba la atención médica

- d. Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
- e. Servicio de Ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea Médicamente Necesario.
- f. Prótesis y aparatos ortopédicos necesarios para el Tratamiento Médico, a excepción de reemplazos.
- g. Ambulancia Aérea, en caso de ser necesario.

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

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para esta cobertura es de 100,000 USD (cien mil dólares americanos).

Deducible

El Deducible para esta cobertura es de 100 USD (cien dólares americanos).

Coaseguro

No aplica Coaseguro.

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

Pago de honorarios Médicos

Se pagará con base al tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable).

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

Exclusiones particulares:

- h. Las Complicaciones del Embarazo y del (los) Recién Nacido(s).**
- i. Parto y cesárea posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.**
- j. Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería fuera del Hospital.**



-
- k. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.**

6. Atención Médica en el Extranjero (ATEX)

El Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura a territorio extranjero (fuera de la República Mexicana) aplicando las condiciones y límites contratados y establecidos para esta Póliza.

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

Suma Asegurada, las opciones disponibles:

- Suma Asegurada de la Póliza (cobertura básica)
- 1,000,000 USD (un millón de dólares americanos)
- 500,000 USD (quinientos mil dólares americanos)

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero.

Pago de honorarios.

Se pagará con base al tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que tiene su domicilio habitual dentro de la República Mexicana y que no radica más de 3 meses fuera del país. Esta cobertura quedará sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la República Mexicana.

En ningún caso la Compañía pagará gastos Médicos, hospitalarios, por Medicamentos o Dispositivos Médicos de los Asegurados cuando estos residan fuera del territorio nacional.

Exclusiones particulares:

- a. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.**
- b. Mediante la contratación de esta cobertura quedan sin efecto en territorio Extranjero la cobertura: Emergencia Médica en el Extranjero (EMER).**
- c. En ningún caso la Compañía pagará gastos Médicos u hospitalarios de los Asegurados cuando estos residan fuera del territorio nacional.**



7. Deducible Cero por Accidente (DED0)

A partir de la Fecha de Alta en la misma, la Compañía modifica el Deducible contratado en la cobertura básica a quedar en cero UMAM (0 UMAM) en caso de un Accidente.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

En caso de cancelar esta cobertura y presentar pago de complementos del Accidente, se cobrará el Deducible vigente.

Para esta cobertura aplicará el Coaseguro establecido en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

Exclusiones particulares:

a. Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas condiciones generales.

8. Paquete de Beneficios Adicionales

La Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos Médicos erogados de las siguientes coberturas:

a) Accidentes Personales

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

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

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

La pérdida significará:

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

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



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

Los Beneficiarios para el caso de muerte accidental, serán:

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

Pago de indemnizaciones

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

Exclusiones particulares

1. Si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son derivadas de:

- **Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento Médico o quirúrgico, cuando este no sea necesario a consecuencia de un Accidente.**
- **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa que lo provoque.**
- **Hernias y eventraciones que no sean consecuencia de un Accidente.**
- **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto los accidentales.**
- **Guerra, terrorismo, rebelión, revolución o insurrecciones.**
- **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- **Riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes o lesiones que por culpa del Asegurado sufra como consecuencia de encontrarse este bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un Médico.**



- **Muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado estando bajo la influencia del alcohol o cualquier otro tipo de sustancia o droga. Esta exclusión es aplicable aun cuando no exista culpa o negligencia por parte del Asegurado.**
- **Muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado estando bajo la influencia de cualquier tipo de droga, enervante, estimulante o sustancia similar, excepto cuando hayan sido prescritas por un Médico.**

2. Son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V.

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

b) Accidentes Personales en Viajes Aéreos

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

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

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

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

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

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

c) Gastos Funerarios

Cubre los gastos funerarios que deban erogarse al ocurrir el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, hasta por el límite establecido en la Carátula de la Póliza o Certificado Individual.



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

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

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

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

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

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

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

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

d) Servicios Asistenciales en el Extranjero

Territorialidad

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

1. Servicios de Asistencia Médica

1.1. Gastos Médicos y de Hospitalización

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios Médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en moneda nacional a 5,000 USD (cinco mil dólares americanos) por Viaje y hasta el equivalente en moneda nacional a 10,000 USD. (diez mil dólares americanos) por año para cada Beneficiario de la Póliza.



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

1.2. Gastos Dentales

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

1.3. Gastos de Hotel por Convalecencia

La Compañía de Asistencia pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y por el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia.

Este beneficio está limitado al equivalente en moneda nacional a 100 USD (cien dólares americanos) por día con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos.

1.4. Traslado Médico

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

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

1.5. Repatriación o Traslado a Domicilio

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



1.6. Boleto Redondo para un Familiar

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

1.7. Repatriación en caso de Fallecimiento/Entierro Local

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

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

1.8. Regreso Anticipado al Domicilio

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

2. Asistencia Personal

2.1. Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales

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

2.2. Asistencia Administrativa

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

2.3. Transmisión de Mensajes

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

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

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



V. Exclusiones (gastos no cubiertos)

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

1. Enfermedades Preexistentes.
2. Accidente ocurrido o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descuberto.
3. Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
4. Tratamientos en donde la primera atención médica y/o el primer gasto Médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
5. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedades congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza.
6. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
7. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madre para ser trasplantadas.
8. Criopreservación de cordón umbilical.
9. Maternidad Subrogada, sea la madre biológica o mujer gestante incluyendo todos los gastos del recién nacido.
10. Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad y/o la natalidad y/o Reproducción Asistida, independientemente de sus causas, salvo lo especificado en la cobertura 16. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos no Cubiertos.
11. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida.
12. Tratamientos Médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.
13. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.
14. Enfermedades congénitas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.



-
15. Enfermedades congénitas, genéticas, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacido prematuro, originados cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como maternidad asistida.
 16. Tratamientos Médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en la cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
 17. Tratamientos por Enfermedades originadas a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
 18. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, uso de drogas no legales y/o sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.
 19. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie; gorro refrigerante para el Tratamiento de alopecia secundaria a quimioterapia; implantes de glúteos y, bombas y prótesis para disfunción eréctil.”
 20. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
 21. Tratamientos dietéticos, Médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, salvo lo especificado en la cobertura 16. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos no Cubiertos.
 22. Tratamientos Médicos o quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica, salvo lo especificado en el punto 4.2 del apartado de Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera.
 23. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
 24. Los Tratamientos que se enlistan a continuación ni sus complicaciones aún cuando estas deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro:
 - a. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
 - b. Trastornos de enajenación mental.
 - c. Trastornos de la conducta.
 - d. Tratamientos para trastorno depresivo.

-
- e. **Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.**

En ningún caso quedan cubiertos los gastos Médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogados en la última versión del DSM Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría, salvo lo especificado en la cobertura 15. Tratamiento por Daño Psiquiátrico.

25. Las siguientes Terapias, cualquiera que sea su origen:

- a. **Rehabilitación psicomotora.**
- b. **Rehabilitación neuro feed-back/neuro-retroalimentación.**
- c. **Terapias de neuroestimulación.**
- d. **Estimulación temprana.**
- e. **Rehabilitación cognitiva.**
- f. **Aprendizaje.**
- g. **Ocupacionales.**
- h. **Recreativas.**
- i. **Vocacionales.**
- j. **Neurolingüísticas.**
- k. **Lenguaje**

La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o Terapias antes mencionadas ni sus complicaciones, aún cuando estas se encuentren justificadas médicamente y deriven de una Enfermedad o Accidente cuyos gastos derivados estén amparados en este Contrato de Seguro, excepto lo mencionado en la cobertura 4.

- 26. **Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia o la disfunción sexual, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.**
- 27. **Circuncisión, salvo lo especificado en los puntos 1.3 y 3.4 del apartado de Gastos Cubiertos con Periodo de Espera.**
- 28. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades cuyos gastos estén cubiertos.**



-
29. **Tratamientos basados en medicina alternativa, con beneficio incierto y/o con fines preventivos y/o prescritos por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas condiciones generales, excepto lo mencionado en la cobertura 13. Medicina Alternativa de estas condiciones generales.**
 30. **Gastos generados por la compra de Medicamentos, Dispositivos Médicos y/o insumos que no cuenten con registro sanitario ante la Cofepris y no tenga licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el Médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación, sin importar que el gasto se haya realizado durante la Hospitalización.**
 31. **Gastos Médicos derivado de cualquier tipo de Medicamento que sea aplicado al Asegurado para tratar Enfermedades o síntomas diversos a los que se mencionan en las indicaciones terapéuticas del Medicamento de que se trate.**
 32. **Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento Médico y/o quirúrgico de la Enfermedad o Accidente cuyos gastos están cubiertos.**
 33. **Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones auto infligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
 34. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras pruebas de resistencia o velocidad.**
 35. **Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.**
 36. **Práctica de box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo y espeleología.**
 37. **Tratamientos Médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales que sean de índole estética y salvo lo especificado en el punto 3.8 de la cobertura de Gastos cubiertos con Periodo de Espera.**
 38. **Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra derivado de su participación en cualquier campeonato avalado por federaciones nacionales o internacionales, así como los Accidentes o Enfermedades derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.**
 39. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor.**
-



-
40. Honorarios Médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar a los padres, hijos y cónyuge.
 41. Honorarios de Médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.
 42. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra.
 43. Atención de recién nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
 44. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:
 - a. Fórmulas lácteas.
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.
 - c. Medicamentos Vitamínicos y productos Multivitamínicos.
 - d. Cosméticos y dermatológicos.
 - e. Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - f. Medicamentos biológicos e insumos utilizados en Terapia celular.
 - g. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente o Enfermedad cubierta.
 - h. Fórmulas naturistas.
 45. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en las coberturas adicionales con costo, 5. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y 6. Atención Médica en el Extranjero (ATEX).
 46. Reposición y compostura de aparatos ortopédicos, prótesis, así como aquellos Aparatos Ortopédicos, Prótesis y ayudas funcionales que sean Preexistentes a la contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición, salvo lo especificado en la cobertura, 9. Dispositivos Médicos.
 47. Aparatos auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiéndose como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.

-
48. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos, viriones, cuñas, barras, botones o cualquier adición ortopédica al zapato, aun cuando sean indicados o justificados por un Médico.
 49. Terapias de relajación, masajes terapéuticos o indicaciones de reposo o descanso y exámenes Médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como Check up.
 50. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura básica de las presentes condiciones generales.
 51. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
 52. Prendas de vestir con propiedades terapéuticas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas y camisetetas.
 53. Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México.
 54. Servicios de enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral, así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento, cuidadoras y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, excepto lo mencionado en la cobertura 3. Cuidados en Casa o Fuera del Hospital, inciso a) Enfermería.
 55. Enfermedades que en un expediente Médico se determine su existencia, donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento Médico de la Enfermedad o que hayan sido diagnosticadas en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación. Este periodo de 30 (treinta) días no aplica en caso de Accidentes ni en Urgencias Médicas.
 56. Tratamientos de magnetoterapia.
 57. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un Médico.
 58. Gastos asociados con la importación y procuración de córneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.
 59. Tratamientos o Medicamentos que de acuerdo con la Ley General de Salud de nuestro país se consideren en investigación clínica.
 60. Tratamientos para el caso de cáncer que NO se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
-

-
61. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.
 62. Gastos administrativos de transporte ni de importación de órganos y/o córnea, células y/o tejidos para el trasplante.
 63. Tratamientos de Terapia génica y/o cualquier tratamiento que modifique el genoma humano o sus productos y/o efectos. Estos tratamientos pueden producir los siguientes efectos, de forma enunciativa mas no limitativa:
 1. Adición de genes; Terapias en la que se añade un nuevo gen a las células deseadas.
 2. Corrección genética; técnicas de edición de genes para eliminar elementos defectuosos de un gen o para reemplazar una región de ácido desoxirribonucleico [ADN] defectuosa o disfuncional.
 3. Silenciamiento génico; técnicas que modifican la traducción de proteínas del ácido ribonucleico mensajero [ARNm] objetivo.
 4. Edición genómica, introduce herramientas moleculares para cambiar el ADN celular existente.
 5. Eliminación celular, técnicas o células que destruyen células defectuosas o enfermas.

VI. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

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

- a) **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente, a partir de la fecha de Ingreso del Asegurado en la Póliza.
- b) **Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad cubierta, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la fecha de Ingreso del Asegurado en la Póliza; **este lapso no aplica cuando se trata de Renovaciones o Emergencias Médicas.**
- c) La Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual aplicará para cada uno de los Accidentes o Enfermedades cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado y no será reinstalable en ningún caso.

2. Gama Hospitalaria o Nivel Hospitalario

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



La Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

La Compañía podrá cambiar o modificar en cualquier momento y sin previo aviso la Gama Hospitalaria, Clínica o Sanatorio. Dicho listado no limita, ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que este elija o seleccione libremente, el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.

3. Periodo de Beneficio

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

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

4. Periodo de Gracia

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

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

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

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

5. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

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

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



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

b) Notificaciones

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

6. Primas

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

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, residencia, sexo y Edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia.

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

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

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

Lugar de pago

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

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

7. Cancelación del Contrato

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

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

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



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

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

8. Extinción de Obligaciones

En virtud de esta cláusula, el Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, el presente Contrato de Seguro está regido por el principio de la buena fe.

En consecuencia, el Contratante expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante o el Asegurado para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante, el Asegurado y/o los representantes de éstos disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

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

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

La Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo relacionados con la reclamación que motivó la extinción de sus obligaciones.

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

Bajo ninguna circunstancia, la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la extinción de obligaciones, aun cuando se trate de un Siniestro diferente al que provocó la terminación anticipada.

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

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



9. Revelación de Comisiones

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

10. Procedimientos

1. Certificados Individuales

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

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

2. Registro de Asegurados

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

El registro contendrá la siguiente información:

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

11. Altas

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

Para que los hijos nacidos con Beneficio AXA queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir con que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al



menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y, se solicite el alta a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

En ambos casos la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de aumento de beneficios en este Contrato de Seguro, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada. Una vez aceptada la inclusión del Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

12. Bajas

En caso de solicitar la Baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza o disminución de beneficios, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante. La Baja aplicará a partir de la fecha de la solicitud de la misma y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza, dentro del plazo de 20 (veinte) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de baja.

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

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

13. Cambio de Plan

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

El Contratante mediante el Cambio de Plan, podrá optar por modificar algunos de los siguientes elegibles:

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

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

La Compañía tiene el derecho de aceptar, rechazar o aceptar parcialmente la solicitud.

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

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



14. Cambio de Contratante

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

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

15. Cambio de Forma de Pago de las Primas

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

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

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

16. Examen Médico

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

Al Asegurado que se haya sometido al examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de la Enfermedad evaluada en el examen Médico que se le haya aplicado para tal Enfermedad y, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen Médico.

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

17. Renovación

Este Contrato podrá ser renovable, para ello, el Contratante deberá realizar la solicitud de renovación a la Compañía dentro de los últimos 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza en curso.

En caso de aceptación, la renovación se otorgará en los términos y condiciones que pacten el Contratante y la Compañía, considerando que se realizará en los productos vigentes y registrados que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable según los estándares de la práctica actuarial; así como las actualizaciones en Prima, Deducible, Suma Asegurada, Coaseguros, Topes de Coaseguro y demás condiciones aplicables.

La Compañía podrá negar la renovación para aquellos Asegurados que señale el Contratante o cuando exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 21. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

La renovación otorgará a los Asegurados el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a. Respetando la Fecha de Ingreso del Asegurado con la Compañía.



- b. Sin requisitos de Asegurabilidad y;
- c. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.

La gestión de Siniestros ocurridos en Pólizas vigentes antes de la renovación se sujetará a lo previsto en la cláusula 27. Pago de Indemnizaciones de Siniestros.

18. Rehabilitación

En el caso que este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 6. Primas, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

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

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

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

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

19. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo en el caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, en cuyo caso inicia desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Asimismo, el término de la Prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

20. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

En caso de contratar con alguna de siguientes coberturas: Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y la Atención Médica en el Extranjero (ATEX), los gastos Médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas adicionales.

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

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



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

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

21. Moneda

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

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

22. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

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

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

23. Agravación del Riesgo

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

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

24. Competencia

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

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



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

En el supuesto que el Contratante así lo determine, podrá hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la cláusula 30. Arbitraje Médico de las presentes condiciones generales.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

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

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

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

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

<https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios>

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

Registro electrónico de comentarios: <https://axa.mx/servicios/ayuda-al-cliente>

Condusef

Teléfonos:

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

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

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

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

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

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

25. Edad

- a. La edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la renovación.
- b. Si a consecuencia de una inexacta declaración de la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la renovación del Contrato de Seguro, este estuviera fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos.
- 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. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.



-
- d. Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la edad real resulte menor. En caso de que la prima resulte mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

26. Siniestros

La Compañía tendrá derecho a requerir del Contratante o Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. En toda reclamación, el Contratante o Asegurado deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes Médicos y estudios relacionados con el Accidente o Enfermedad reclamada, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo con lo siguiente:

- a. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Enfermedad derivada de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que este ocurra, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Institución de Seguros tan pronto como cese el impedimento.
- b. Para proceder al pago de robo con violencia o violación, es requisito indispensable que el reclamante adjunte la copia simple de la denuncia de hechos presentada ante el Ministerio Público competente.

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

- a. El Contratante obstaculice la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b. El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 19. Prescripción de estas condiciones.

27. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

La cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

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



Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

Por Enfermedad

- a. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado y que se utilicen los Prestadores en Convenio (Médico y Hospital) a través de Pago Directo:
 - Deducible: de la Póliza – 0.8 UMAM
 - Coaseguro: de la Póliza - 10%
- b. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, a través de Pago por Reembolso:
 - Deducible: de la Póliza
 - Coaseguro: de la Póliza

Por Accidente

- a. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, se utilicen los Prestadores en Convenio o en caso de que el Médico no se encuentre en convenio con AXA, pero se ajuste a los honorarios Médicos, a través de Pago Directo:
 - Deducible: 0 UMAM
 - Coaseguro: 0%
- b. Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, a través de Pago por Reembolso:
 - Deducible: 0 UMAM
 - Coaseguro: 0%

En caso de no acudir con los Prestadores en Convenio (Hospital y Médicos), el Deducible y el Coaseguro, se aplicarán de acuerdo con las cantidades establecidas en la Carátula de la Póliza, condiciones generales y Endosos específicos y el pago se realizará vía Pago por Reembolso.

Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de Gama Hospitalaria distinta a la que se encuentra indicada en la Carátula de la Póliza, se aplicará disminución o aumento de puntos porcentuales de Coaseguro sobre la factura Hospitalaria de acuerdo con la siguiente tabla, el aumento no aplicará para Emergencias Médicas:

Nivel Hospitalario contratado	Nivel Hospitalario de atención		
	Magno	Superior	Básico
Magno	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Superior	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Básico	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado



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

- Si el Asegurado recibe la atención médica en una Zona distinta a la zona de tarificación que se encuentra indicada en la Carátula de la Póliza, se aplicará disminución o aumento de puntos

Zona de atención contratada	Zona de atención Hospitalaria			
	Metro	Noreste	Centro	Otra
Metro	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Noreste	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Centro	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Otra	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

En caso de reducción de puntos porcentuales de Coaseguro contratado, el máximo beneficio que podrá tener el Asegurado es el correspondiente al Coaseguro contratado manteniendo su Tope de Coaseguro.

En caso de aumento de puntos porcentuales al Coaseguro contratado, no aplica el Tope de Coaseguro.

Siniestros iniciales

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

Pagos Complementarios

Los gastos subsecuentes de un mismo Siniestro se continuarán pagando sujeto a:

Sin modificación en los siguientes elegibles:

Suma Asegurada.

Será aquella de acuerdo con los límites y condiciones contratadas vigentes en la fecha del gasto más antiguo precedente por cada Siniestro amparado.



Deducible y Coaseguro.

Serán los señalados en la Carátula de la Póliza o Certificado, salvo que en estas condiciones generales se señale una regla especial, como la Modificación en la Participación de Deducible y Coaseguro. Una vez cubierto el Deducible y Coaseguro, estos no sufrirán actualización y/o ajuste, a menos que exista Cambio de Plan.

Modificación en los siguientes elegibles:

Suma Asegurada.

- Incremento de Suma Asegurada: se aplicará la Suma Asegurada vigente a la fecha de apertura del Siniestro, descontando al límite máximo de responsabilidad de la Compañía el monto erogado desde que se abrió el Siniestro.
- Decremento de Suma Asegurada: se aplicará la nueva Suma Asegurada, descontando al límite máximo de responsabilidad de la Compañía el monto erogado desde que se abrió el Siniestro.

Deducible y Coaseguro.

La Compañía reconocerá a cuenta de nuevo Deducible y Coaseguro, el monto pagado por estos conceptos en la Póliza anterior; por tanto, el Asegurado deberá cubrir la diferencia para alcanzar el nuevo monto de Deducible y Coaseguro o Tope de Coaseguro. Si el monto cubierto por el Asegurado en la Póliza anterior fuera mayor, no se reembolsará el monto por este concepto.

28. Interés Moratorio

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

29. Beneficios Fiscales

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

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

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

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

30. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad Preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la



Compañía, para que este a través de a un arbitraje privado decida si los gastos Médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de una Enfermedad Preexistente.

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

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

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

31. Entrega de la Documentación Contractual

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

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

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

32. Responsabilidad de la Compañía

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir libre y voluntariamente el Hospital, Clínica, Sanatorio, laboratorio, gabinete o farmacia, así como los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, asume que la relación que establece con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y él en su calidad de Asegurado, por lo que la Compañía no responderá de manera alguna por cualquier deficiencia o falla en la práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, que pueda surgir entre ellos. El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional y servicio de asistencia contratado.

33. Subrogación

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

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



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

34. Restricción de cobertura

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta Póliza, cuando ello implique a la Compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico 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 reconocidos por el Gobierno Mexicano.

VII. Servicios de Asistencia (Proveedor de Asistencia)

1. Definiciones

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

a. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de Alta en la Póliza.

b. Equipo Médico de proveedor de asistencia

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

c. Familia Asegurada

Asegurados que estén dados de Alta en la Póliza.

d. Invitado de la Familia Asegurada

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

e. Personal Doméstico

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

f. Representante

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

g. Servicios de Asistencia

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

h. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

i. Territorialidad

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



j. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia.

k. País de Residencia

Para fines de este Contrato de Seguro, República Mexicana.

l. Residencia Permanente (Domicilio)

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual o cualquier otro medio razonable de comprobación.

2. Servicios de Asistencia Incluidos en la Póliza

Tu Médico 24 horas

a. Asistencia Médica Telefónica

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

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

b. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

El proveedor de asistencia gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano, si el equipo Médico del proveedor de asistencia considera necesaria su Hospitalización y realizará el traslado utilizando los medios más adecuados.

También se cubrirán los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el equipo de Médicos del proveedor de asistencia.

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

c. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

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

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

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

d. Asistencia nutricional telefónica

El proveedor de asistencia otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado con nutriólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada.

Pasado dicho tiempo se le recomendará al Beneficiario consultar a un nutriólogo personalmente.



e. Asistencia psicológica telefónica

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

3. Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

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

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

b. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado Médico y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor de asistencia, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

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

El equipo de Médicos del proveedor de asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente Médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

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

c. Imposibilidad de notificación al proveedor de asistencia

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

En caso de peligro de la vida

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

Uso de Ambulancia terrestre sin previa notificación al proveedor de asistencia



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

A falta de dicha notificación, el proveedor de asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

Hospitalización sin previa notificación a la Compañía de Asistencia

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

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

d. Solicitud en caso de Traslado Médico y Repatriación

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

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

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

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

En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por la Compañía de Asistencia, el Beneficiario si está a su alcance, deberá entregar a la Compañía de Asistencia la parte del boleto

original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si hay lugar, la Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

4. Normas Generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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



c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d. Subrogación

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

5. Exclusiones Particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.**
- II. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- III. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne el proveedor de asistencia.**
- IV. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- V. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de asistencia.**
- VI. Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de servicios.**
- VII. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:**
 - a. La participación directa del Beneficiario en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad.**
 - b. Enfermedad o Accidente imputable a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunami, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.**
 - c. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - d. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**



-
- e. La práctica de deportes como profesional, la participación en competencias oficiales y en exhibición.
 - f. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
 - g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - h. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o las buenas costumbres.
 - i. Traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de servicios de cesárea.
 - j. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
 - k. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - l. Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.
 - m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.
 - n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
 - p. Lesiones o Enfermedades menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia conforme la prescripción del Médico tratante.
 - q. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
 - r. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
 - s. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.
 - t. La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.

-
- u. **Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una Ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.**

VIII. Artículos citados en las condiciones generales

Leyes Aplicables

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;



VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 25

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

Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y



que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos Médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Artículo 18

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19

En los Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

En la operación de Accidentes y Enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

IX. Significado de Abreviaturas

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



X. 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 16 de mayo de 2024, con el número PPAQ-S0048-0034-2024/CONDUSEF-006433-01.





Llámanos sin costo
800 911 9999
axa.mx