Gastos Médicos Mayores



Conocer el mundo es cuestión de seguridad

Internacional Individual / Familiar

Condiciones Generales

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Definiciones	**7**
1. Accidente	7
2. Aparatos Ortopédicos	7
3. Asegurado(a)	7
4. Asegurado(a) Titular	7
5. Cambio de Plan o Cambio de Producto	7
6. Coaseguro	8
7. Compañía	8
8. Complicaciones del Embarazo	8
9. Consulta	8
10. Contratante	8
11. Contrato de Seguro o Póliza	8
12. Deducible	9
13. Endoso	9
14. Enfermedad o Padecimiento	9
15. Evento Médico	9
16. Fecha de Alta	9
17. Fecha de Antigüedad	9
18. Fecha de Antigüedad en AXA Individual	9
19. Gama Hospitalaria	10
20. Hospital, Clínica o Sanatorio	10
21. Hospitalización	10
22. Madre Asegurada	10
23. Madre Biológica	10
24. Maternidad Subrogada	10
25. Medicamento	10
26. Medicina Alternativa y Complementaria	11
27. Médico	11
28. Mujer Gestante	11
29. Padecimiento Congénito	12
30. Padecimiento Genético	12
31. Padecimientos Preexistentes	12
32. Pago Directo	12
33. Pago por Reembolso	12
34. Periodo de Espera	12
35. Plan	12
36. Politraumatismo	13
37. Prestadores en Convenio	13
38. Programación de Servicios	13
39. Prótesis	13

Condiciones Generales

Índice

Página

40. Recién Nacido 13
41. Reducción de Periodos de Espera 13
42. Reproducción Asistida 14
43. Signo 14
44. Siniestro 14
45. Síntoma 14
46. Solicitud de Seguro 14
47. Suma Asegurada 14
48. Tabulador Médico 14
49. Tratamiento o Terapia 14
50. Tratamientos Experimentales 14
51. Urgencia Médica o Emergencia Médica 15
52. Vigencia 15

II. Objeto del Seguro 15

III. Cobertura básica 15

a. Gastos Médicos Mayores cubiertos 15
1. Honorarios Médicos 15
2. Gastos Hospitalarios 17
3. Cuidados en Casa 17
4. Terapias de Rehabilitación 18
5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia 19
6. Cirugía Reconstructiva 19
7. Trasplante de Órganos 19
8. Estudios de Laboratorio y Gabinete 20
9. Medicamentos 20
10. Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico 21
11. Auxiliares Médicos Mecánicos 22
12. Tratamiento Dental por Accidente 23
13. Práctica Amateur de Deportes 23
14. Ambulancia 23
15. Ambulancia Aérea por Urgencia Médica 23
16. Apoyo Psicológico 24
17. Medicina Alternativa 24
18. Urgencia Médica en el Extranjero 24
19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos 26

Condiciones Generales

Índice

Página

b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera 26
1. Queda amparado a partir de 4 (cuatro) meses 26
1.1.Complicaciones del Embarazo 26
2. Queda amparado a partir de 10 (diez) meses 27
2.1.Complicaciones del Embarazo 27
2.2. Maternidad 28
2.3.Cobertura del Recién Nacido 29
3. Queda amparado a partir de 12 (doce) meses 30
4. Queda amparado a partir de 24 (veinte cuatro) meses 31
4.1 Se cubren, a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente Póliza 31
4.2.Cobertura de Preexistencia 31
5. Queda amparado a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses 33
5.1. VIH y SIDA 33
5.2.Cirugía ariátrica 33
c. Servicios de Asistencia incluidos 34
1. Protección Dental 34
2. Tu médico 24 horas 35

IV. Coberturas adicionales sin costo 36

1. Programa Cliente Especial (PCE) 36

V. Coberturas adicionales con costo 43

1. Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental (D0xA) 43

VI. Servicios de Asistencia adicionales con costo 44

1. Protección Dental Integral 44

VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) 45

VIII. Cláusulas generales 51

1. Cobertura del Contrato de Seguro 51
2. Contrato de Seguro o Póliza 51
3. Reducción de Periodos de Espera 52
4. Periodo de Beneficio 52
5. Periodo de Gracia 53
6. Periodo al descubierto 53
7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones 53
a. Corrección del Contrato de Seguro 53
b. Notificaciones 54

Condiciones • Generales

Índice

Página

8. Vigencia 54
9. Primas 54
10. Cancelación del Contrato 54
11. Extinción de Obligaciones 55
12. Revelación de Comisiones 56
13. Altas 56
14. Bajas 56
15. Cambio de Plan o Cambio de Producto 57
16. Examen Médico 57
17. Separación de Póliza 57
18. Renovación 57
19. Rehabilitación 58
20. Prescripción 59
21. Zona de cobertura (Territorialidad) 59
22. Moneda 59
23. Omisiones o Inexactas Declaraciones 59
24. Agravación del Riesgo 60
25. Competencia 60
26. Edad 61
27. Siniestros 62
28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros 62
    28.1. Aplicación de Deducible y Coaseguro 63
29. Interés Moratorio 64
30. Casos de Alta Prioridad e Internamiento programado en Territorio Extranjero 65
31. Interés Moratorio 66
32. Beneficios Fiscales 66
33. Arbitraje Médico 66
34. Entrega de la Documentación Contractual 67
35. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance 67
    35.1. Obligaciones del Beneficiario 68
    35.2. Normas generales 69
    35.3. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes 70

VII. Artículos citados en las Condiciones Generales 73

VIII. Registro 79

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

Gastos Médicos Mayores Multiprotección

Individual / Familiar

Condiciones Generales

I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente
Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

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

Se considerarán Accidentes las lesiones de nariz siempre y cuando el Asegurado de aviso a la Compañía con al menos 30 (treinta) días después de haber ocurrido el Accidente y se cubrirá, solo si presenta una radiografía en donde se verifique que existe fractura de huesos propios de la nariz. Para el caso de columna vertebral y rodilla se considerará Accidente solo cuando sea un Politraumatismo.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellos casos donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que le dio origen.

2. Aparatos Ortopédicos
Cualquier aparato o aditamento mecánico que ayuda al correcto funcionamiento del sistema musculo esquelético.

3. Asegurado (a)
Persona incluida en la Póliza, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

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

5. Cambio de Plan o Cambio de Producto
Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular para finalizar su Contrato de Seguro antes de la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y celebrar un Contrato de Seguro nuevo.

Para el caso de Cambio de Plan el Contratante o Asegurado Titular deberá requisitar la Solicitud de Seguro correspondiente y podrá modificar algunos de los siguientes elegibles:

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Gama Hospitalaria.
- Coberturas adicionales.

Para el caso de Cambio de Producto, el Contratante o Asegurado Titular deberá requisitar la Solicitud de Seguro y Cuestionario anexo con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica.

6. Coaseguro
Porcentaje a cargo del Asegurado después de aplicar el Deducible. El Coaseguro se aplicará en toda reclamación presentada a la Compañía, relacionada con el Siniestro que le dio origen y respecto de cada gasto cubierto. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto (Coaseguro máximo), están indicados en la Carátula de la Póliza.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

7. Compañía
AXA Seguros, S.A. de C.V.

8. Complicaciones del Embarazo
Son aquellas que provocan Enfermedad o descompensación en el estado de salud de la Madre Asegurada como consecuencia del embarazo.

9. Consulta
Es la atención que brinda el Médico tratante en su consultorio o en el domicilio del Asegurado y tiene la finalidad de evaluarlo clínicamente a fin de establecer un diagnóstico y/o Tratamiento.

El Médico tratante debe guardar los datos y hora de la Consulta en un expediente médico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

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

11. Contrato de Seguro o Póliza
Este Contrato de Seguro está conformado por:

a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del Seguro.

b) La Carátula de la Póliza.

c) Condiciones Generales.

d) Endosos.

e) Tabulador Médico.

f) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

12. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la Carátula de la Póliza el cual aplicará para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto, comienza la obligación de pago a cargo de la Compañía, hasta por la Suma Asegurada contratada.

Para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al Cambio de Plan o Cambio de Producto y que fueron reconocidos por la Compañía en la nueva Póliza, se aplicará el Deducible contratado en la nueva Póliza.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

13. Endoso

Convenio escrito que, por acuerdo entre el Contratante o Asegurado Titular y la Compañía, modifica las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y forma parte de este. Lo señalado por este convenio prevalecerá sobre las Condiciones Generales y especiales aplicables en todo aquello en que se contraponga.

14. Enfermedad o Padecimiento

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

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad o Padecimiento.

15. Evento Médico

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

16. Fecha de Alta

Fecha a partir de la cual el Asegurado comienza a formar parte de este Contrato de Seguro.

17. Fecha de Antigüedad

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos con ésta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera de alguno de los Padecimientos descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

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

18. Fecha de Antigüedad en AXA Individual

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado, de acuerdo con las políticas de aceptación vigentes, al haber estado cubierto de forma continua en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/ Familiar en esta Compañía con características similares a este producto.

19. Gama Hospitalaria
Grupo de Hospitales, Clínicas o Sanatorios con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles que el Contratante o Asegurado Titular selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o Tratamiento médico.

La Compañía podrá cambiar o modificar sin previo aviso el Hospital, Clínica o Sanatorio de Gama Hospitalaria. 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.

Se puede consultar la Gama Hospitalaria de cada uno de Hospitales, Clínicas o Sanatorios en el documento "Prestadores en Convenio" que se encuentra publicado y actualizado en la página de internet axa.mx.

20. Hospital, Clínica o Sanatorio
Cualquier institución legalmente autorizada 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, estéticos u otros Tratamientos similares.

21. Hospitalización
Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto; dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al Hospital, Clínica o Sanatorio y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme él, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

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

23. Madre Biológica
Mujer que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la Mujer Gestante.

24. Maternidad Subrogada
Práctica médica de Reproducción Asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo.

25. Medicamento
Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, Medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud y que además debe cumplir con cada uno de los siguientes puntos según corresponda:

En territorio nacional:

- Debe estar registrado como tal ante la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios).
- Debe de estar relacionado con un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional de acuerdo con la página oficial: http://www.economia.gob.mx/files/transparencia/gobmx/transparenciafocalizada.html establecidos en el documento denominado: “Precios Máximos de Medicamentos de Patente”, los cuales deben contar con precio máximo al público.

En territorio extranjero:

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

26. Medicina Alternativa y Complementaria

Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar el Accidente, Enfermedad o Padecimiento y/o conservar la salud.

27. Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata u homeópata certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

La prescripción que haga el Médico deberá contener lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica Capitulo III, Artículo 64 y 65.

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

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

28. Mujer Gestante

Mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto, y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo.

29. Padecimiento Congénito
Enfermedad o Padecimiento con la que se nace y que se origina en el periodo que va desde la fecundación, durante el desarrollo del producto en el útero materno y hasta el momento de nacer.

30. Padecimiento Genético
Enfermedad o Padecimiento que resulta de una anormalidad en el número o la estructura de los cromosomas humanos.

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

a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;

b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;

c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;

d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

No se reconocerá para efectos de este Contrato de Seguro documentado en esta Póliza, ningún tipo de Preexistencia.

32. Pago Directo
Proceso mediante el cual la Compañía realiza el pago al prestador, por la atención médica brindada al Asegurado, siempre que se trate de un Prestador en Convenio.

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

34. Periodo de Espera
Tiempo necesario que debe trascurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de Vigencia de la cobertura o alta del Asegurado en esta Póliza hasta la fecha de la realización del Siniestro, a fin que determinados gastos puedan ser cubiertos por la Compañía, tal como se describen en los apartados correspondientes al apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos cubiertos con Periodos de Espera.

Los periodos de espera solo pueden ser reducidos de acuerdo con la cláusula 3. Reducción de Periodos de Espera, del apartado VIII. Cláusulas generales.

35. Plan
Conjunto de coberturas y/o condiciones seleccionadas por el Asegurado y/o Contratante, que integran un Contrato de Seguro, tales como Gama Hospitalaria, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, coberturas adicionales, incluyendo sus Endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Cuando el Contratante o Asegurado Titular solicita algún cambio a cualquiera de las coberturas y/o condiciones de su Póliza dentro de las opciones que la Compañía ofrece, se considerará como un Cambio de Plan o Cambio de Producto.

36. Politraumatismo

Conjunto de lesiones producidas en forma simultánea a causa de un Accidente. Los siguientes Politraumatismos pueden presentarse solos o en combinación:

a. Traumatismo craneoencefálico II/III.

b. Hemorragias internas y daño en órganos del tórax y/o abdomen, por trauma contuso o penetrante.

c. Fractura en tres huesos distintos de diferente región anatómica.

Tales Politraumatismos deberán ser descritos en el mismo Accidente y se consideran como un mismo Siniestro.

37. Prestadores en Convenio

Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de Equipo Médico independientes, con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso. Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que este seleccione libremente al Hospital, Clínica o Sanatorio, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

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

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

38. Programación de Servicios

Proceso previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o Tratamiento médico, mediante el cual se valora la procedencia de los servicios médicos, de acuerdo a las Condiciones Generales.

39. Prótesis

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

40. Recién Nacido

Es el producto del embarazo, desde el momento de nacimiento y hasta los primeros 30 (treinta) días de vida.

41. Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio por el cual la Compañía reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra Compañía, únicamente para efectos de la eliminación o reducción de los Periodos de Espera descritos en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera.

Este beneficio no es aplicable para obtener el pago de los gastos médicos u hospitalarios derivados de Padecimientos Preexistentes.

42. Reproducción Asistida
Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la Maternidad Subrogada.

43. Signo
Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y/o resultado de estudios de laboratorio y/o gabinete.

44. Siniestro
Suma de los gastos médicos y hospitalarios erogados durante la Vigencia de esta Póliza derivados por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento, así como la cobertura de Maternidad.

45. Síntoma
Fenómeno o anormalidad fisiológica y subjetiva que manifiesta el Asegurado, el cual revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

46. Solicitud de Seguro
Documento que comprende la voluntad de una persona para adquirir este seguro que con la aceptación de la Compañía se convierte en Contratante y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo. Este documento forma parte del Contrato de Seguro.

47. Suma Asegurada
Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y considerado como un mismo Siniestro, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza.

48. Tabulador Médico
Listado de los montos de Honorarios Médicos por tipo de procedimiento, que la Compañía cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Este monto presentado por procedimiento incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos que intervienen en el Evento Médico.

El Tabulador Médico establece el monto máximo a pagar por la Compañía para cada uno de estos conceptos.

El listado correspondiente puede consultarse en el documento “Tabulador Médico”, que se encuentra publicado en la página de internet axa.mx.

49. Tratamiento o Terapia
Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgico, radioterapéuticos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las Enfermedades o Síntomas.

50. Tratamientos Experimentales
Son aquellos que se encuentran en pruebas o ensayos clínicos y que aún no se consideran Tratamientos estándar para su uso de manera generalizada por todos los Médicos. Dichos Tratamientos están clasificados en 4 fases y al finalizar todas las fases deberán tener permisos de las siguientes autoridades: COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios), y por lo cual no se encuentran referidos en las evidencias referidas en la FDA (Food Drug Administration) de los Estados Unidos de América, y en caso de Tratamientos oncológicos, la National Comprehensive Cancer Network la cual incluye protocolos médicos experimentales.

51. Urgencia Médica o Emergencia Médica
Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado, que se manifiesta a través de Signos y Síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica.

52.Vigencia
Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la Carátula de la Póliza.

II. Objeto del Seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra con motivo de la atención médica procedente que reciba por un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de esta Póliza, ésta se encuentre vigente al momento de ocurrir el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en esta Póliza. Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro del territorio nacional o extranjero y la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

Este producto consta de una cobertura básica y coberturas adicionales con costo que el Contratante o Asegurado Titular puede contratar a su elección, las cuales se especifican en la Carátula de la Póliza y estarán sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este Contrato de Seguro.

III. Cobertura Básica

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional o extranjero, por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

Se cubren los gastos correspondientes por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento hasta agotar la Suma Asegurada contratada, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza.

Se exceptúa lo dispuesto en el numeral 18. Urgencia Médica en el Extranjero de este apartado.

a. Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios Médicos

Lo Honorarios Médicos se pagarán de acuerdo a los montos establecidos en el Tabulador Médico. Lo anterior es aplicable a los Prestadores en Convenio como aquellos prestadores que no tengan convenio con la Compañía.

El exceso no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

Se cubrirán los honorarios derivados de las atenciones prestadas por un Médico al Asegurado por:

a) Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica

Los Honorarios Médicos serán cubiertos con base al Tabulador Médico.

b) Honorarios Médicos con intervención quirúrgica

En caso de intervención quirúrgica, los Honorarios Médicos serán cubiertos de acuerdo al Tabulador Médico con base en la siguiente tabla:

Médico	Porcentaje sobre Tabulador Médico
Cirujano	100%
Anestesiólogo	30%
Primer Ayudante	20%
Segundo Ayudante	10%

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Tabulador Médico, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del Asegurado, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% (cien por ciento) para la intervención que tenga el valor más alto, 50% (cincuenta por ciento) de la siguiente y 25% (veinticinco por ciento) si existiera una tercera.

En el caso de Pago por Reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, Consultas postoperatorias, así como visitas que eligió libremente el Asegurado para su atención, de acuerdo al límite establecido por el Tabulador Médico.

En el caso de la atención médica brindada a un Asegurado con Politraumatismos, para el pago de los Honorarios Médicos se seguirá el procedimiento anterior; sin embargo, si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de este serán cubiertos al 100% (cien por ciento) según el Tabulador Médico.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una misma; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en el Tabulador Médico se valuarán por similitud a los comprendidos en ella.

2. Gastos Hospitalarios

Quedan cubiertos los siguientes gastos generados por una Hospitalización:

a) **Habitación privada estándar** con baño.

b) **Alimentos:** serán cubiertos los gastos por alimentos suministrados al Asegurado por prescripción del Médico tratante.

c) **Estudios de Laboratorio y Gabinete** prescritos por el Médico tratante y relacionados al Accidente, Enfermedad o Padecimiento que se trate.

d) **Sala de operaciones,** de curaciones, Terapia intensiva o salas especializadas para atenciones específicas.

e) **Transfusiones de sangre:** quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

f) **Medicamentos dentro del Hospital:** quedan cubiertos los Medicamentos administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sea prescrito por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento y cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada.

Para el caso de cáncer, los Tratamientos estándar cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network. En este supuesto el Asegurado podrá solicitar las referidas Guías llamando a la Compañía al número telefónico **01 800 292 2273.**

Por ningún motivo se cubrirán Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado o Asegurado Titular, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin.

g) **Equipo de anestesia y material médico** necesarios para la atención del Asegurado.

h) **Gastos del acompañante:** se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.

i) Atención general de **enfermería.**

3. Cuidados en Casa

Quedan cubiertos los gastos derivados de los siguientes Cuidados en Casa:

a) **Enfermería:** quedan cubiertos los honorarios de enfermería, que bajo prescripción del Médico tratante y justificación médica, sean necesarias para la convalecencia y/o administración de Medicamentos de alta especialidad, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral domiciliaria; lo antes descrito se pagará por un periodo máximo de 30 (treinta) días continuos o 720 (setecientas veinte) horas en periodos discontinuos, lo que ocurra primero.

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

Quedan excluidos los servicios de enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral e intramuscular, así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral, movilización y servicios de acompañamiento y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión.

b) **Consumo de oxígeno:** quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno, siempre quesean prescritos por el Médico tratante mediante una receta médica vigente, dicha receta se deberá de entregar a la Compañía por periodos de cada 30 (treinta) días.

c) **Equipo tipo Hospital:** cualquier mobiliario, material, maquinaria o herramienta que resulte indispensable para continuar la atención del Asegurado en su domicilio, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, cumpliendo con las características funcionales solicitadas por el Médico tratante, 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, para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si el equipo se encontrará dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía podrá decidir si el equipo se compra o renta.
- La Compañía proporcionara el Equipo Médico hospitalario al Asegurado, sin que esto signifique que dicho equipo será propiedad del Asegurado.

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

4. Terapias de Rehabilitación

Quedan cubiertos los gastos por las siguientes Terapias de Rehabilitación: física, neurorehabilitación, hidroterapia, inhaloterapia y fisioterapia a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Sean indicadas por el Médico tratante enviando al Asegurado con un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Asegurado será determinado por el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Para el caso de inhaloterapias el Médico tratante es quien prescribe el tipo de Tratamiento y sesiones que requiera el Asegurado.
- Las Terapias se deben realizar en centros especializados certificados y sean proporcionados por personal que cuente con cédula de especialidad 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 especialistas que lo proporcionen.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho Tratamiento teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico.

Se cubren 30 (treinta) sesiones de Terapia de rehabilitación. Este periodo se podrá extender por 30 (treinta) sesiones más, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado, sea autorizado y programado por la Compañía.

En caso de que la Compañía requiera información adicional y lo considere necesario podrá solicitar una Segunda Opinión Médica.

En el caso de Terapias de Rehabilitación física, cuando la Compañía lo estime conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas Terapias sean médicamente indispensables.

Quedan excluidas las siguientes Terapias y sus complicaciones sin importar que deriven de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento amparado en el Contrato de Seguro, tales como: Terapias ocupacionales, de lenguaje, recreativas, cognoscitivas y/o psicológicas, vocacionales, así como todas aquellas consideradas como Tratamientos basados en Medicina Alternativa y Complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.

5. Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia

Quedan cubiertos los gastos por Tratamientos de radioterapia y quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios), FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América y el Tratamiento se encuentre indicado por la National Comprehensive Cancer Network.

Para cualquier tipo de cáncer cubierto por esa Póliza, se cubren los Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia.

No quedan cubiertos los Tratamientos Experimentales ni el gorro DigniCap.

6. Cirugía Reconstructiva

Se cubren los gastos por Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente cubierto o en caso de tumores malignos Primarios sobre la pirámide nasal, siempre y cuando sea médicamente necesario.

7. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos del Asegurado receptor del trasplante y del donante definitivo, siempre y cuando se trate de un donador vivo.

En el caso del donador definitivo solo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología y Hospitalización, únicamente durante el Evento Médico de donación o extracción del órgano. **Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.**

En caso de donadores cadavéricos, se cubrirán únicamente los gastos del receptor, así como los gastos por el resguardo y traslado del órgano.

Los trasplantes de órganos deben de estar apegados al protocolo de Trasplante del Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (Cenatra).

Quedan cubiertos, de acuerdo a la las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network, los trasplantes de célula madre para Tratamientos de leucemia, linfomas y Enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas Experimentales (no aprobadas por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano). De acuerdo a la Ley Mexicana, la donación de órganos, tejidos y células son altruistas por lo que **la Compañía no compra órganos, tejidos ni células. No se pagarán los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madre para ser trasplantadas.**

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente y en caso de Enfermedad o Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la Vigencia de la Póliza.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos por el trasplante de córnea en Enfermedades o Padecimientos Preexistentes.

8. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios pertenecientes a los Prestadores en Convenio, tendrán la misma Gama Hospitalaria que el Hospital, Clínica o Sanatorio en que se encuentren.

Los laboratorios y gabinetes fuera de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios pertenecientes a los Prestadores en Convenio, tendrán una Gama Hospitalaria 45.

9. Medicamentos

Quedan cubiertos los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumplan con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sea prescrito por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento y cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

Para el caso de cáncer, los Tratamientos estándar cubiertos serán aquellos que hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network. En este supuesto el Asegurado podrá solicitar las referidas Guías llamando a la Compañía al número telefónico **01 800 292 2273.**

Por ningún motivo se cubrirán Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado o Asegurado Titular, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin.

Cabe señalar que para el pago de Medicamentos en el extranjero, la Compañía no se encuentra facultada para comprar e importar los Medicamentos.

10. Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o colocación de Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico que se requieran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, no sean considerados Experimentales y cuenten con aprobación previa del gasto por la Compañía, tomando en cuenta:

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación de la Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico. Si éste falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si la Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico se encontrarán dañados al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía podrá decidir si la Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico se compra o renta.

Se cubren solo una vez las Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. **No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por cualquier causa de los mismos.**

Para el caso de marcapasos y bombas de infusión de insulina, se cubrirán los reemplazos, siempre y cuando cumpla las siguientes características:

- Que la primera colocación haya sido cubierta por la Compañía y,
- Cuando se haya concluido la vida útil del aparato, entendiendo por vida útil la especificada por el fabricante y las marcas se encuentren dentro de los Prestadores en convenio siempre y cuando no sean consideradas experimentales.

Para el pago de Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo Médico, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho gasto teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico.

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Equipo Médico únicamente lo que a continuación se menciona:

a) Equipo médico electrónico de alta especialidad

Son aquellos que tienen un generador (eléctrico/batería) que auxilian, suplen o ayudan al órgano o sistemas y estos se encuentran divididos en:

Internos

- Sistema nervioso central y órgano de los sentidos: estimuladores cerebrales profundos y estimulación profunda.
- Sistema cardiovascular: marcapasos, marcapaso desfibrilador y auxiliares ventriculares internos.

Externos

- Sistema endócrino y metabólico: Bombas de insulina, narcóticos.
- Sistema cardiovascular: auxiliares ventriculares externos.

b) Material quirúrgico para osteosíntesis y cirugía articular

Es el material quirúrgico que se utiliza para procedimientos óseos y articulares como son: clavos, placas, tornillos, prótesis totales articulares, prótesis parciales articulares, espaciadores intervertebrales que se utilizan en los Tratamientos ortopédicos- traumáticos.

c) Material cardiovascular

Son aquellos materiales que sustituyen la función de órganos, aparatos o sistema cardiaco y vascular como son: válvulas cardiacas, todo tipo de injertos vasculares, injertos endovasculares, stents, stents coronarios y materiales utilizado para reparar lesiones cardiacas.

d) Otros: mallas quirúrgicas y grapas quirúrgicas.

No se cubren implantes cosméticos como pueden ser implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil.

En ningún caso la Compañía cubrirá los gastos por Enfermedad o Padecimiento Preexistente.

11. Auxiliares Médicos Mecánicos

Se cubre los Auxiliares Médicos Mecánicos de acuerdo al Tabulador Médico, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y que estén relacionados con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, entendiendo como Auxiliares Médicos Mecánicos aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de los Asegurados que cursan una Enfermedad o Padecimiento o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud.

Los Auxiliares Médicos Mecánicos cubiertos son: muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, collarines y férulas.

- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación los Auxiliares Médicos Mecánicos. Si éstos fallan antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- Si los Auxiliares Médicos Mecánicos se encontraran dañados al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
- La Compañía podrá decidir si los Auxiliares Médicos Mecánicos se compran o rentan.

Para el pago de los Auxiliares Médicos Mecánicos, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren dicho gasto, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico.

No se cubrirán los reemplazos o reposiciones por cualquier causa.

Para esta cobertura no aplica el tope de Coaseguro (Coaseguro máximo) contratado.

12. Tratamiento Dental por Accidente

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

13. 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 cuando no reciba remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica. Se incluyen deportes peligrosos, **excepto lo estipulado en el aparatado VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) inciso 31.**

14. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia Terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional como en el extranjero que sea necesario medicamente, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

En caso de Urgencia Médica originada por una Enfermedad o Padecimiento cubierto queda amparada la Ambulancia Terrestre, totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva, cuando se requiera.

15. Ambulancia Aérea por Urgencia Médica

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia Aérea, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional como en el extranjero si, a consecuencia de una Urgencia Médica cubierta, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad en donde se encuentra no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

Esta cobertura no aplica cuando:

a) **El motivo del traslado no sea por indicación médica.**

b) **El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legalmente y hasta que tal circunstancia se solucione.**

c) **El Asegurado no esté autorizado por un Médico para el traslado hacia el destino elegido.**

d) **El Asegurado no tenga confirmada su reservación de Hospital y de Ambulancia Terrestre en el destino.**

e) **Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el helipuerto.**

A toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro de 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo. No aplica para tope de Coaseguro (Coaseguro máximo).

16. Apoyo Psicológico

Se cubren como máximo 10 (diez) Consultas para apoyo psicológico cuando a juicio del Médico tratante sean necesarias, únicamente para los siguientes conceptos:

a) Víctima de robo con violencia.

b) Víctima de secuestro.

c) Víctima de violación.

d) Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.

e) Amputación de una extremidad completa.

f) Las siguientes Enfermedades, Padecimientos, Tratamientos o procedimientos:

- Cáncer en fase terminal.
- Insuficiencia renal crónica.
- Cirugía de las coronarias: operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.
- Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass, o exista daño neurológico irreversible.
- VIH y SIDA.
- Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades o Padecimientos.
- Trasplante de Órganos mayores
- Accidente de columna cuando se determine sección medular total o parcial.

Las Consultas se cubrirán de acuerdo al Tabulador Médico.

Para el pago de las Consultas, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) quecorroboren dicho Tratamiento, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico.

En ningún caso se cubrirán las Consultas derivadas de una causa distinta a las mencionadas anteriormente.

17. Medicina Alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por Tratamientos de acupuntura para Clínica del dolor, así como los honorarios de homeópatas y quiroprácticos que cuenten con cédula profesional y que sean recomendados por el Médico tratante.

18. Urgencia Médica en el Extranjero

Quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Urgencia Médica por algún Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, mientras se encuentre en Viaje de placer o negocios, fuera de la República Mexicana.

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

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

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.

b) Honorarios por intervención quirúrgica, Consultas médicas y servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.

c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala deoperaciones.

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.

Límite de responsabilidad

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

a) Suma Asegurada de 50,000 USD (cincuenta mil dólares americanos).

b) Deducible de 50 USD (cincuenta dólares americanos).

c) No aplica Coaseguro.

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

e) La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cobertura son independientes y no son acumulables.

Esta cobertura no aplica:

a) Para las Complicaciones del Embarazo y del(los) Recién Nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.

b) Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería a domicilio.

c) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipuladas en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos

A través de esta cobertura, la Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos erogados a partir de cualquier Urgencia Médica por las complicaciones de los Tratamientos de los siguientes conceptos:

a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.

b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad

c) Procedimientos terapéuticos o Tratamientos para control de fertilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual.

d) Procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales.

e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

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

En caso de no existir Urgencia Médica prevalecerán las condiciones de la cobertura básica, misma que excluye los conceptos citados con anterioridad.

b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los Eventos Médicos que a continuación se mencionan, hasta agotar la Suma Asegurada contratada, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se determinan, de acuerdo con la definición de Periodos de Espera de estas Condiciones Generales.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Alta.

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

1.1. Complicaciones del Embarazo

Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes Complicaciones del Embarazo, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 4 (cuatro) meses de cobertura continua en la presente Póliza:

1. Embarazo extrauterino.
2. Embarazo molar.

Para esta cobertura no aplica Reducción de Periodos de Espera.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de Tratamiento:

a) Aborto.

b) Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente mencionadas en esta cobertura.

c) Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el Recién Nacido, ni tampoco los que presente la Madre Asegurada.

d) No se cubren Enfermedades y procedimientos en el feto.

e) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.

f) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.

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

2.1. Complicaciones del Embarazo

Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes Complicaciones del Embarazo, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza:

1. Los estados de fiebre puerperal.
2. Los estados de eclampsia y Enfermedad hipertensiva del embarazo.
3. Placenta acreta.
4. Placenta previa.
5. Atonía uterina.
6. Óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido.
7. Diabetes gestacional.
8. Cerclaje.
9. Cualquier otra Complicación del Embarazo, parto o puerperio, siempre y cuando puedan ser consideradas como una Urgencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar con características similares, en ésta Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de Tratamiento:

a) Aborto.

b) Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente mencionadas en esta cobertura.

c) Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el Recién Nacido, ni tampoco a los que presente la Madre Asegurada.

d) No se cubren Enfermedades y procedimientos en el feto.

e) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida excepto lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.

f) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.

2.2. Maternidad

Se cubre la Maternidad por parto normal o cesárea, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Madre Asegurada al momento del parto o cesárea tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, tomando en cuenta las siguientes características:

La Suma Asegurada para esta cobertura se basará en la antigüedad de la Madre Asegurada como sigue

Antigüedad de la Suma Asegurada en la Póliza	10 meses y hasta 36 meses	Más de 36 meses
Suma Asegurada	1,3000 USD	5,000 USD

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar con características similares, en ésta Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de Tratamiento:

a) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.

b) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.

2.3. Cobertura del Recién Nacido

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los Tratamientos médicos y quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro, Padecimientos Genéticos, Padecimientos Congénitos y circuncisión únicamente por fimosis, así como Enfermedades o Padecimientos ocurridas al nacer, siempre y cuando:

- Al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza.
- Se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante la obligación del pago del Alta del (de los) nuevo(s) Asegurado(s).

Si la Madre Asegurada cumple con los 2 (dos) puntos anteriores, el Recién Nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada sin pasar por el proceso de selección médica.

Para Padecimientos Congénitos se cubre implante coclear únicamente para los Asegurados que cumplan las características enunciadas en los párrafos anteriores.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar con características similares, en ésta Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

El Recién Nacido deberá pasar por el proceso de selección médica en los siguientes casos:

- Si al nacimiento del menor la Madre Asegurada no cumple por lo menos con 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza.
- No se haya notificado a la Compañía el nacimiento del Recién Nacido dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su nacimiento.

Quedan excluidos los gastos del cunero fisiológico por Recién Nacido sano.

Padecimientos Congénitos y Padecimientos Genéticos:

a) Para el caso de los Asegurados cuya alta en esta Póliza sea posterior a los 30 (treinta) primeros días naturales siguientes de su nacimiento, se cubren los Padecimientos Congénitos a partir de alta del Asegurado, siempre y cuando sus Signos o Síntomas hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza.

b) Para el caso de los Asegurados nacidos fuera de una Póliza de Gastos Médicos Mayores con la Compañía, se cubren los Padecimientos Genéticos, a partir de 5 (cinco) años de edad, siempre y cuando sus Signos o Síntomas hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza.

Límite de Responsabilidad

Los gastos para Padecimientos Congénitos del Recién Nacido realizados en el extranjero se cubrirán de la siguiente manera:

a. Con tope del equivalente en Moneda Nacional a USD 250,000 los primeros 30 (treinta) días posteriores al nacimiento.

b. **Con un tope del equivalente en Moneda Nacional a USD 750,000 para los gastos erogados a partir del día 31 (treinta y uno) del nacimiento y hasta la renovación de la Póliza, en donde la Suma Asegurada se reinstalará al equivalente en Moneda Nacional a USD 1,000,000.**

c. **Aplica Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratado.**

No quedan cubiertos los siguientes Eventos Médicos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de Tratamiento:

a) **Padecimientos Congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, originados por alcoholismo, drogadicción.**

b) **Padecimientos Congénitos, 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, excepto lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.**

c) **Gastos y/o enfermedades de Recién Nacidos relacionados y/o derivados de un Tratamiento de Reproducción Asistida, incluyendo la Maternidad Subrogada.**

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

Se cubren, a partir de 12 (doce) meses de cobertura continua en la presente Póliza, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos de:

3.1 Padecimientos de columna vertebral, **excepto hernias de disco.**

3.2 Padecimientos en vías urinarias, incluyendo cálculos en vías urinarias.

3.3 Cualquier Padecimiento de la vesícula y vías biliares, incluyendo cálculos, disquinesia, tumores y colangitis.

3.4 Padecimientos ginecológicos.

3.5 Padecimientos del piso pélvico.

3.6 Endometriosis que no esté relacionada con la esterilidad.

3.7 Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.

3.8 Padecimientos de rodilla.

3.9 Enfermedades ácido pépticas o de reflujo gastroesofágico.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado tenga cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos con características similares, en ésta u otra Compañía legalmente autorizada, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

Los Padecimientos o Enfermedades anteriormente mencionados no quedarán cubiertos si son Preexistentes a la contratación de la Póliza.

4. Queda amparado a partir de 24 (veinte cuatro) meses

4.1 Se cubren, a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente Póliza, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

4.1 Desviación septal y senos paranasales, **excluyendo los procedimientos en la pirámide nasal.**

4.2 Hemorroides y Enfermedades ano rectales.

4.3 Amígdalas y adenoides

4.4 Hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas.

4.5 Hernias de disco o protusiones discales.

4.6 Circuncisión para Asegurados no nacidos dentro de la Vigencia de la Póliza se cubre únicamente por fimosis.

4.7 Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.

4.8 Cirugía para corrección de cataratas (incluyendo lente intraocular).

4.9 Padecimientos de glándulas mamarias incluyendo cáncer, derivado del cáncer de glándulas mamarias se cubre la reconstrucción de ésta.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado tenga cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos con características similares, en ésta u otra Compañía legalmente autorizada, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

Estas Enfermedades o Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes a la contratación de la Póliza.

4.2 Cobertura de Preexistencia

La Compañía cubrirá los gastos por Padecimientos Preexistentes en los términos de estas Condiciones Generales aplicando los siguientes límites y términos establecidos:

a) Preexistencia declarada:

Después de 2 (dos) años de cobertura continua en la presente Póliza.

Quedan cubiertos los gastos por los Padecimientos Preexistentes amparables en esta cobertura que hayan sido declarados por el Asegurado en la Solicitud de Seguro de este Contrato, siempre y cuando durante dicho periodo:

- No reciba Tratamiento.
- No presente Síntomas y/o Signos.
- No haya erogado gastos para la atención del mismo.

Límite de responsabilidad

En caso de Preexistencia declarada aplicará la Suma Asegurada para la cobertura básica, estipulada en la Carátula de Póliza. Los gastos contabilizan para el agotamiento de la Suma Asegurada básica.

b) **Preexistencia no declarada:**

Después de 5 (cinco) años de cobertura continua en la presente Póliza.

Quedan cubiertos los gastos por los Padecimientos Preexistentes amparables en esta cobertura que no hayan sido declarados por el Asegurado en la Solicitud de Seguro de este Contrato. Estos gastos se cubrirán, siempre y cuando durante dicho periodo:

- No reciba Tratamiento.
- No presente Síntomas y/o Signos.
- No haya erogado gastos para la atención del mismo.

Límite de responsabilidad

La Suma Asegurada para Preexistencia no declarada será:

Años de cobertura continua en la presente Póliza	Suma Asegurada
5-9 años	$400,000
10 años en adelante	$800,000

Una vez transcurrido los Periodos de Espera señalado en los párrafos anteriores, el Asegurado podrá solicitar la aplicación de esta cobertura.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodos de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado haya estado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar con características similares, en ésta Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

Exclusiones

a) Queda excluido todo tipo de gasto erogado como consecuencia de un Padecimiento Preexistente antes de cumplirse el Periodo de Espera.

b) Padecimientos Preexistentes estipulados en los Endosos de exclusión de esta Póliza en caso de existir.

c) Los gastos que sean complementarios de un Siniestro reclamado en otra Póliza de otras compañías dentro del Periodo de Espera.

d) Durante el Periodo de Espera haya tenido Síntomas y/o Signos, reciba Tratamiento o haya erogado gastos para la atención de la Enfermedad o Padecimiento.

e) Los siguientes Padecimientos Preexistentes:

I. Enfermedades crónicas y degenerativas, como: diabetes mellitus, esclerosis múltiple, artritis reumátide, lupus eritematoso, hipertensión, espondilitis anquilosante, Enfermedades reumáticas o autoinmunes. Estas Enfermedades son enunciativas más no limitativas.

II. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

III. Padecimientos oncológicos.

IV. Padecimientos neurológicos.

V. Padecimientos cardiacos, Accidentes vasculares cerebrales.

VI. Padecimientos reumatológicos y/o autoinmunes.

VII. Cualquier Padecimiento o Tratamiento que requiera de un trasplante de órgano y las consecuencias del mismo.

f) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

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

Se cubren, a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua en la presenta Póliza, los gastos resultantes por Enfermedad de:

5.1 VIH y SIDA

Se cubren los gastos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando se haya detectado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses; es decir, deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera ya mencionado.

Para esta cobertura podrá aplicar Reducción de Periodo de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado haya estado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual / Familiar con características similares, en ésta Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la Sección VIII. Cláusulas generales numeral 3. Reducción de Periodos de Espera.

No serán cubiertos durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de VIH o SIDA.

5.2. Cirugía Bariátrica

Se cubre los gastos una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses, por única ocasión y solo uno de los siguientes procedimientos de Cirugía Bariátrica:

- Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica).
- Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band).

- Bypass (puente) gástrico.
- Switch duodenal.

Lo anterior, siempre y cuando, el Asegurado cumpla con los cuatro siguientes requisitos:

- **Tenga más de 40% (cuarenta por ciento) de índice de masa corporal (IMC) y,**
- **Sea menor de 40 (cuarenta) años y,**
- **Sea diagnosticado con obesidad mórbida y/o diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y/o discapacidad grave y minusvalía a causa del exceso de peso y,**
- **Sea la primera Cirugía Bariátrica en la vida del Asegurado.**

Esta cobertura aplica únicamente con los Prestadores en Convenio.

No se cubren Consultas pre y postoperatorias.

Para esta cobertura no aplica el beneficio de Reducción de Periodos de Espera.

c. Servicios de Asistencia incluidos

1. Protección Dental

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que ésta designe. Aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

Sin costo:
Evaluación completa
Una radiografía panorámica al año
Una limpieza dental al año

Con costo preferencial son:

Pagando 30% de su precio
Limpiezas dentales adicionales
Consulta periodontal completa
Raspado y alisado periodontal por cuadrante
Radiografías periapicales y series radiográficas
Amalgamas
Resinas
Extracción simple
Endodoncia

Protección Dental para niños, incluye tratamientos	
Sin costo:	Pagando 30% de su precio:
Evaluación completa	Extracción simple
Una radiografía panorámica al año	Radiografías periapicales y series radiográficas
Una limpieza dental con flúor al año	Resinas, entre otros

2. Tu médico 24 horas

a. Asistencia médica telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos de AXA Assistance le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

- Utilización de Medicamentos.
- Síntomas 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 de AXA Assistance no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

- Programar la visita de un Médico a domicilio con un costo preferencial para el Beneficiario.
- Programar el envío de una Ambulancia Terrestre.

AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

b. Envío de médico a domicilio (consulta domiciliaria)

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

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial de $250 (doscientos cincuenta) pesos en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula especial de Servicios de Asistencia. En los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

c. Envío de Ambulancia Terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance, con el consentimiento del Asegurado, gestionará su traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano, si éste sufre lesiones o traumatismos a causa de Enfermedad o Accidente y a juicio del Equipo Médico de AXA Assistance, sea necesaria su Hospitalización. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, por los medios más adecuados; Ambulancia Terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado, de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el equipo de médicos de AXA Assistance.

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.

Aplica lo especificado en el apartado 35. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance del apartado VIII. Cláusulas generales.

Este servicio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

IV. Coberturas adicionales con costo

Para la siguiente cobertura quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad. Se cubren los gastos correspondientes, hasta agotar la Suma Asegurada, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza.

1. Programa Cliente Especial (PCE)

Mediante la contratación y el pago de la Prima de esta cobertura, se obtendrán los siguientes beneficios:

a) Enfermedades cubiertas en el extranjero

Se cubre la atención médica del Asegurado en el extranjero a consecuencia de Enfermedades catastróficas cubiertas, descritas más adelante, cuyos padecimientos y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional.

Las Enfermedades que aplican para esta cobertura y bajo este concepto son:

- **Cáncer**

  Se cubre el cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.

  Queda excluido cualquier tipo de cáncer que no se establezca en el párrafo anterior.

- **Enfermedades cerebrovasculares y cerebrales**

  Se cubren los Tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, así como tumores o malformaciones del aparato circulatorio, localizado en el sistema nervioso central, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.

  Quedan excluidos los tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); ataque isquémico transitorio, lesiones por traumatismo craneoencefálico, así como las Enfermedades o Padecimientos no citadas en el párrafo inmediato anterior.

- **Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía**

  Se cubre la intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.

  Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades o Padecimientos con Tratamientos similares.

- **Trasplantes de Órganos Mayores**

  Quedan cubiertos únicamente los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

  Se cubren los gastos del donante por Trasplante de Órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, **excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.** En caso de donadores cadavéricos se cubrirán únicamente los gastos del receptor.

Límite de responsabilidad
Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

a) **La Suma Asegurada para la atención médica en territorio nacional será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la Carátula de la Póliza, y en el extranjero es el equivalente en Moneda Nacional a 1,000,000 USD (un millón de dólares americanos) para el Asegurado afectado solo para las Enfermedades descritas por este beneficio.**

b) **Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la Carátula de la Póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la Sección VIII. Cláusulas generales, cláusula 28.1 Aplicación de Deducible y Coaseguro de estas Condiciones Generales.**

El Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al menos 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante, el informe médico, la solicitud de Programación de Servicios, la historia clínica y el resultado de estudios practicados. Lo anterior a fin de que la Compañía determine la autorización del caso en el extranjero.

En caso de Urgencia Médica tendrá que notificar durante las 24 (veinticuatro) horas siguientes el ingreso al Hospital.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a Asegurados desde el primer día de nacidas y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para el caso de Renovaciones, la edad máxima es hasta los 69 (sesenta y nueve) años; la cobertura contratada quedará sin efectos en el aniversario posterior de la Póliza de seguro en que el Asegurado haya cumplido la edad máxima establecida en la Carátula de Póliza.

Exclusiones:

a) Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de este beneficio adicional.

b) Casos en los que el Asegurado no cumpla con dar aviso por escrito a la Compañía, salvo en el caso de encontrarse el Asegurado impedido por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso estará facultado para notificar el Siniestro a la Compañía tan pronto como desaparezca dicha circunstancia.

c) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

b) Segunda Opinión Médica en Estados Unidos

Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de Consulta médica especializada para Asegurados que padecen Enfermedades graves cubiertas, a través de los Prestadores en Convenio de Médicos consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con la Enfermedad Grave cubierta.

Para acceder al beneficio, amparado por esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir con alguno de los siguientes requisitos:

a) Que se trate de afecciones mayores enlistadas anteriormente, amparadas en la presente cobertura y que no requieran manejo de urgencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.

b) Padecimientos que por su complejidad así lo requieran como por ejemplo: cáncer, Enfermedades neurológicas graves, cirugías cardiovasculares, trasplantes de órganos mayores; **en ningún caso para Padecimientos menores y cuyo diagnóstico sea de fácil determinación.**

Para solicitar el servicio de Segunda Opinión Médica, el Asegurado deberá presentar debidamente requisitado y firmado el formato inicial diseñado para solicitar este servicio, en el que se incluye solicitud del servicio de Segunda Opinión Médica Internacional para:

- Ratificar el diagnóstico.
- Corroborar Tratamiento.
- Obtener alternativas de Tratamiento.

Para poder llevar a cabo el servicio de Segunda Opinión Médica en Estados Unidos, es necesario presentar:

- Tarjeta que lo identifica como Asegurado de la Compañía.
- Identificación oficial con fotografía.
- Solicitud de Programación de Servicios.

- Historia clínica completa debidamente requisitada por su Médico tratante que incluya: Enfermedad o Padecimiento actual, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con diagnóstico, tiempo de evolución y Tratamiento.
- Resúmenes clínicos de los Médicos que lo han atendido. Si ha estado hospitalizado, copia de su expediente clínico.
- Resultados de todos los exámenes que le hayan practicado, en el caso de estudios especiales como rayos X, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, placas y algunos otros.
- Solicitud debidamente requisitada del servicio de Segunda Opinión Médica en Estados Unidos.

En caso de que el Médico que realiza la Segunda Opinión Médica necesitara estudios adicionales, se entenderá que esos gastos se harán de acuerdo a los procedimientos tradicionales establecidos para Pago Directo o Pago por Reembolso.

La respuesta de la Segunda Opinión Médica se entregará al Asegurado en dos maneras: en el formato original que el Médico interconsultante emitió en inglés y con su respectiva traducción al español.

Exclusiones

a) Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de este beneficio adicional.

b) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

c) Ascenso a cuarto suite en territorio nacional

De acuerdo a esta cobertura se ofrece un ascenso del cuarto privado estándar a cuarto suite, exclusivamente en territorio nacional, siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por estas Condiciones Generales. Este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.

Este beneficio cubrirá de lo que resulte menor entre:

- **Un máximo de 2 (dos) veces el costo del cuarto sencillo estándar o**
- **El cuarto suite, siempre y cuando sea la suite inmediata superior al cuarto privado estándar.**

Este beneficio no aplica para Urgencia Médica en el Extranjero.

d) Paquete de admisión

De acuerdo a esta cobertura se establece que la Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como los primeros Artículos de uso personal que se le entregan al paciente al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto por estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.

e) Servicios de Asistencia Médica PCE

La Compañía otorga los servicios de asistencia que se citan a continuación y serán proporcionados a través de AXA Assistance, empresa especializada en programas de asistencia.

I. Servicio de asistencia en 'KM 0'

El siguiente servicio de asistencia será proporcionado en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario, «kilómetro 0» y hasta el «kilómetro 100» contado éste a partir del centro de la población de su Residencia Permanente en el caso de la Ciudad de México. En el resto del país, desde el lugar de Residencia Permanente del Beneficiario y hasta el «kilómetro 80». El servicio de asistencia será proporcionado durante las 24 (veinticuatro) horas de todos los días del año.

1.1 Traslado Médico Terrestre Local

Si el Beneficiario a causa de Enfermedad o Accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de AXA Assistance, en contacto con el Médico que lo atienda, recomienden su Hospitalización, AXA Assistance gestionará el traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, Ambulancia Terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el Médico tratante en conjunción con el Equipo Médico de AXA Assistance.

Beneficiarios: la Familia Asegurada, el Personal Doméstico así como los Invitados de la Familia Asegurada.

Si se requiere del envío de una Ambulancia para Personal Doméstico o Invitados de la Familia Asegurada, dicho traslado será pagado por un Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite.

II. Servicios de asistencia en 'KM 0" y en Viaje

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario «kilómetro 0» y hasta todo el territorio de la República Mexicana. El servicio de asistencia será proporcionado durante las 24 (veinticuatro) horas de todos los días del año, en Viajes no mayores a 60 (sesenta) días.

2.1 Consulta telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA Assistance, le asistirá para orientarlo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

a) Utilización de Medicamentos.

b) Síntomas o molestias que le aquejen.

El Equipo Médico de AXA Assistance no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

a) Enviarle la visita de un Médico a domicilio.

b) Concertarle una cita con un Médico, o en un centro hospitalario.

c) El envío de una Ambulancia.

AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

2.2 Consulta Domiciliaria

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

El Beneficiario pagará únicamente $150 (ciento cincuenta) pesos de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

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

AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

III. Servicios de asistencia en Viaje

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en todo el territorio de la República Mexicana, a partir de una distancia de 100 km del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario. Los Servicios de Asistencia serán proporcionados durante las 24 (veinticuatro) horas de todos los días del año en Viajes no mayores a 60 (sesenta) días.

3.1 Traslado Médico a un centro médico apropiado

En caso de que un Beneficiario sufra un Accidente, Enfermedad o Padecimiento ocurrido después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, tales que el Equipo Médico de AXA Assistance, en contacto con el Médico que atienda al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, AXA Assistance gestionará:

a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y

b) Si fuera necesario por razones médicas:

- El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia Aérea, avión de línea regular o Ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.

- Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA Assistance organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o centro médico más apropiado a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA Assistance y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

3.2 Boleto Viaje redondo para un familiar y gastos de hospedaje

En caso de Hospitalización del Beneficiario a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento ocurrido después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, AXA Assistance gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

Además AXA Assistance gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de $1,000 (mil) pesos por día, durante 10 (diez) días naturales.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

3.3 Boleto para profesional reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA Assistance, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento (no producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), AXA Assistance gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados.

Beneficiarios: el Solicitante Titular.

3.4 Gastos de hotel por convalecencia

AXA Assistance gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA Assistance. Este beneficio está limitado a $1,000 (mil) pesos, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

3.5 Referencia a intérpretes y consejeros legales, incluyendo el pago y envío de abogado

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, AXA Assistance gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de $25,000 (veinticinco mil) pesos en conjunto, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

Este Beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del Beneficiario o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

Aplica lo especificado en el apartado 35. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance del apartado VIII. Cláusulas generales.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas mismas Condiciones Generales.

V. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad; siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante o Asegurado Titular. Se cubren los gastos correspondientes, hasta agotar la Suma Asegurada, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza de cada una de las coberturas:

1. Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental (D0xA)

Mediante la contratación y el pago de la Prima de esta cobertura y de acuerdo a la definición de Accidente de estas Condiciones Generales, se obtendrán los siguientes beneficios:

a) Deducible 0 x Accidente Cubierto.

La Compañía exenta al Asegurado del pago del Deducible en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a **$1,000 (mil pesos).**

En caso de Accidente cubierto se modifica la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros de la sección VIII. Cláusulas generales de estas condiciones generales, a quedar como sigue:

1. A los gastos cubiertos se descontará, únicamente la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y al tope de Coaseguro (Coaseguro máximo) establecido en la Carátula de la Póliza.

2. El Coaseguro y los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Accidente cubierto.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Este beneficio no aplica para Tratamientos de nariz, aún derivado de un Accidente.

b) Muerte Accidental.

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en la Carátula de la Póliza.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

La edad mínima para la cobertura de muerte accidental es de 12 (doce) años.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a Asegurados desde el primer día de nacidas y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para el caso de Renovaciones, la edad máxima es hasta los 69 (sesenta y nueve) años; la cobertura contratada quedará sin efectos en el aniversario posterior de la Póliza de seguro en que el Asegurado haya cumplido la edad máxima establecida en la Carátula de Póliza.

Exclusiones

a) Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección VII. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.

VI. Servicios de Asistencia adicionales con costo

1. Protección Dental Integral

Mediante la contratación de este servicio, la Compañía referirá en territorio nacional, al Asegurado con el prestador de servicios que ésta designe a efecto de obtener un costo preferencial en los siguientes servicios:

Extracción de terceros molares
Maxilofacial
• Extracción quirúrgica de restos radiculares • Extracción sencilla de restos radiculares • Ferulización • Biopsia de tejidos duros • Biopsias intraorales (tejidos blandos) • Drenado de absceso intraoral • Frenilectomía
Periodoncia
• Gingivectomía por arcada • Gingivoplastia • Raspado y alisado radicular abierto por cuadrante • Raspado y alisado radicular cerrado por cuadrante • Alargamiento de corona (por diente) • Injerto de hueso bovino • Injerto de hueso musculoesqueletal • Cuña distal • Injerto de tejido conectivo • Terapia de mantenimiento periodontal

Prótesis
• Corona en metalporcelana • Endoposte de fibra de vidrio • Endoposte vaciado • Incrustación en porcelana

Protección Dental Integral para niños, incluye adicionalmente:
• 2 selladores gratis pagando el 30% de su precio en los posteriores • 1 resina infantil gratis

Este servicio de asistencia solo puede ser contratado dentro de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza.

Cancelación

Este servicio de asistencia podrá ser cancelado a petición del Asegurado Titular o Contratante en el momento en que lo solicite a la Compañía.

VII. Exclusiones (gastos no cubiertos)

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

1. **Padecimientos Preexistentes, excepto lo estipulado en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera inciso 3.2. Cobertura de Preexistencia.**
2. **Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
3. **Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedades o Padecimientos Congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera inciso 1.1. Cobertura del Recién Nacido para nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza.**
4. **Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
5. **Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
6. **La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin.**

7. **Los gastos de la Madre Biológica y de la Mujer Gestante en caso de Maternidad Subrogada.**

8. **Gastos de criopreservación de cordón umbilical.**

9. **Complicaciones y/o gastos del embarazo, parto o puerperio así como los gastos relacionados con el Recién Nacido, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubrirán los Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad o la natalidad y Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.**

10. **Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante. Ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado, excepto lo estipulado el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos inciso 7. Trasplante de Órganos.**

11. **Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.**

12. **Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus representados Tratamientos de desintoxicación.**

13. **Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, salvo lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.**

14. **Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.**

15. **Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.**

16. **Procedimientos médicos, quirúrgicos o Tratamientos dietéticos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo Cirugía Bariátrica para Tratamientos de diabetes y para reflujo, salvo lo especificado en la cobertura 5.2 Cirugía Bariátrica y los especificado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos número 19. Urgencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos No Cubiertos.**

17. **Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.**

18. **Gastos médicos derivados de:**

    a) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.**

    b) **Trastornos de enajenación mental.**

    c) **Tratamientos para trastornos de la conducta.**

    d) **Tratamientos para estados de depresión psíquica o nerviosa.**

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

    La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos antes mencionados ni sus complicaciones aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.

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

19. **Gastos médicos derivados de Tratamientos y/o Terapias, cualquiera que sea su origen, de:**

    a) **Rehabilitación psicomotora.**

    b) **Rehabilitación neuro feedback.**

    c) **Terapias de neuro estimulación**

    d) **Estimulación temprana.**

    e) **Rehabilitación cognitiva.**

    f) **Aprendizaje.**

    g) **Neurolingüísticas.**

    h) **Lenguaje.**

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

20. **Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.**
21. **Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.**
22. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedad o Padecimientos, cuyos gastos estén cubiertos, excepto lo mencionado en el apartado III. Cobertura Básica inciso c. Servicios de Asistencia Incluidos numeral 1. Protección Dental de estas Condiciones Generales.**
23. **Tratamientos basados en Medicina Alternativa y Complementaria, con beneficios inciertos y/o con fines preventivos y/o por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales, excepto lo mencionado en el apartado III. Cobertura Básica inciso a. Gastos Médicos Mayores cubiertos numeral 17. Medicina Alternativa de estas Condiciones Generales.**
24. **Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos y/o Medicamentos Experimentales y/o de investigación, aun cuando los Medicamentos utilizados en ellos cuenten con registro y autorización para su uso y comercialización en México.**
25. **Se excluye la participación de Asegurado para algún protocolo médico experimental tanto en territorio nacional como en el extranjero.**
26. **Gastos médicos y hospitalarios derivados de Tratamientos que no estén legalmente autorizados en México.**
27. **Gastos por Medicamentos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) en territorio nacional y/o no estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.**

28. **Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos médicos cuya eficacia o beneficio a la salud de los Asegurados no esté plenamente probado.**

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

30. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando Viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**

31. **Padecimientos o lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica de box thai, lucha libre, motonáutica y automovilismo en cualquier campeonato avalado por la Federación Internacional de Automovilismo o cualquier otra categoría equivalente en riesgo en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.**

32. **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 ultra ligeros con y sin motor.**

33. **Honorarios Médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos y abuelos.**

34. **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.**

35. **Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico.**

36. **Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este, en el internamiento de éste en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra y lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales sin costo numeral 1. Programa Cliente Especial (PCE).**

37. **Tratamientos con radiofrecuencia derivado de cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimientos.**

38. **Cualquier gasto medico derivado de Tratamientos de magnetoterapia.**

39. **Atención del Recién Nacido sano (cunero, incubadora, pediatra).**

40. **Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**

    a) **Fórmulas lácteas.**

    b) **Suplementos y complementos alimenticios.**

    c) **Multivitamínicos y complementos vitamínicos.**

    d) **Cosméticos y dermatológicos.**

    e) **Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**

    f) **Medicamentos de acción de Terapia celular.**

    g) **Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.**

    h) **Fórmulas naturistas.**

    i) **Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando éste se encuentr hospitalizado.**

    j) **Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.**

41. **Reposición deaaparatos ortopédicos y Prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**

42. **Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.**

43. **Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.**

44. **Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**

45. **Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección III. Cobertura Básica de las presentes Condiciones Generales.**

46. **Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.**

47. Cámara hiperbárica aun cuando sea prescrita por un Médico.

48. Para el caso de cáncer, los Tratamientos que no hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network.

VIII. 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 Accidentes amparados, a partir de la fecha de ingreso del Asegurado en la Póliza.

b) **Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza, **lapso que no aplica cuando se trate de Renovaciones o Urgencias Médicas.**

c) **La Suma Asegurada** indicada en la Carátula de la Póliza aplicará para cada uno de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado.

2. Contrato de Seguro o Póliza

Mediante este Contrato de Seguro, la Compañía se obliga a cubrir al Asegurado por los gastos erogados en términos y condiciones del mismo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas.

Este Contrato de Seguro está formado por:

a) Las declaraciones del Contratante y Asegurado Titular proporcionadas por escrito a la Compañía, incluyendo la Solicitud del Seguro.

b) Carátula de la Póliza.

c) Condiciones Generales.

d) Endosos.

e) Tabulador Médico.

f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

3. Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga la Compañía al Asegurado con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con características similares, en ésta u otra Compañía legalmente autorizada y cuya única finalidad es, exclusivamente, reducir periodos de espera y no aplica para otros efectos.

Este beneficio aplica para:

a) Antigüedad en AXA Individual

De acuerdo a las políticas de aceptación vigentes, este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado haya estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar en esta Compañía con características similares a este producto, y que incluye:

- Complicaciones del Embarazo con un Periodo de Espera de 10 (diez) meses.
- Maternidad.
- Recién Nacido.
- Cobertura de Preexistencia.
- VIH y SIDA.

b) Antigüedad en ésta u otra Compañía

De acuerdo a las políticas de aceptación vigentes, este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, en el apartado III. Cobertura Básica inciso b. Gastos Cubiertos con Periodo de Espera, siempre y cuando el Asegurado afectado haya estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con ésta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro, y que incluye:

- Padecimientos con Periodo de Espera de 12 (doce).
- Padecimientos con Periodo de Espera de 24 (veinti cuatro) meses.

Este beneficio en ninguna circunstancia será útil para obtener el pago de los gastos médicos u hospitalarios derivados de Padecimientos Preexistentes y no implica el reconocimiento de Enfermedades o Padecimientos que hayan sido cubiertos o hayan iniciado Signos o Síntomas en otra Póliza de seguros.

4. Periodo de Beneficio

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

a) El agotamiento de la Suma Asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato ha rebasado la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

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 individual 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 ésta cláusula Lo anterior siempre y cuando el nuevo Plan cubra el Accidente, Enfermedad o Padecimiento dentro de la cobertura básica.

c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento que haya afectado al Asegurado.

d) En caso de cancelación del Contrato de Seguro, los gastos incurridos hasta 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

5. Periodo de Gracia

Lapso contado a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza para el pago de la Prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la Prima o la fracción correspondiente.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en la Carátula de la Póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 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 liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

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

6. Periodo al descubierto

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

7. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

b) Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la Carátula de la Póliza. El Contratante o Asegurado Titular deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurado Titular, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

8. Vigencia

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

9. 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 a lo establecido en la Carátula de Póliza.

La Prima total de la Póliza es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de Vigencia o Fecha de Alta del Asegurado.

En cada Renovación, la Prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en nota técnica 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. Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la Carátula de la Póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Lugar de pago

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

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

10. Cancelación del Contrato

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

- En caso 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 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% 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 mediante la solicitud por escrito del Contratante dentro de un plazo de 20 (veinte) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se ingresó la solicitud y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

En ambos supuestos es necesario que no exista un Siniestro abierto durante ese periodo.

11. Extinción de Obligaciones

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

El Contratante o Asegurado Titular expresamente convienen en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas y sin necesidad de intervención judicial alguna de conformidad con el Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante o Asegurado Titular para sustentar cualquier reclamación de pago o rembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o el Asegurado Titular, los representantes de éstos con la finalidad de hacer incurrir en error a la Compañía, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

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 rembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante o al Asegurado Titular la extinción de las obligaciones del Contrato de Seguro por parte de la Compañía dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la Compañía haya contado con los elementos, documentos o información inherente al hecho correspondiente.

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

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

Bajo ninguna circunstancia la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado la extinción de obligaciones de la Compañía.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante o el Asegurado Titular 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 o Asegurado Titular el 60% (sesenta por ciento) de la Prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza.

12. 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.

13. Altas

Contrato de Seguro mediante solicitud del Contratante o Asegurado Titular y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir.

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

- Que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y,
- Se notifique a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días posteriores de ocurrido el nacimiento.

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

En caso de aumento de beneficios en este Contrato de Seguro, la Compañía cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

Una vez aceptada la inclusión del Asegurado, deberá efectuarse el pago de la Prima correspondiente.

14. Bajas

En caso de solicitar la baja de algún (os) Asegurado (os) de la Pólizas o disminución de beneficios, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado Titular. 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, devolviendo al Contratante el 60% de la Prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada) sin incluir derecho de Póliza.

15. Cambio de Plan o Cambio de Producto

En caso que el Contratante o Asegurado Titular solicite un el Cambio de Plan o Cambio de Producto y éste sea aceptado por la Compañía, ésta emitirá un nuevo Contrato de Seguro a petición del Contratante o Asegurado Titular, el cual tendrá términos y Condiciones Generales diferentes. Así mismo, se podrán generar condiciones especiales, las cuales se formalizarán mediante un Endoso.

En caso que el Contratante o Asegurado Titular solicite un el Cambio de Plan o Cambio de Producto deberá presentar Solicitud de Seguro y el cuestionario médico anexo para que la Compañía pueda realizar el proceso de selección médica.

Si la Compañía acepta el Cambio de Plan o Cambio de Producto, podrá conceder al Asegurado el beneficio de Reducción de los Periodos de Espera.

La Compañía pagará los gastos por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, incurridos durante la Vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del Plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Periodo de Beneficio de estas Condiciones Generales.

16. Examen Médico

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

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

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

17. Separación de Póliza

Cualquier Asegurado que haya solicitado su separación de la Póliza, podrá solicitar su inclusión a una Póliza nueva o a una Póliza existente en el mismo Plan, coberturas y características, si dicha solicitud y el pago de la Prima de Seguro correspondiente se realiza dentro de los 30 (treinta) díasnaturales siguientes a la fecha de su separación. No requerirá para ello nuevas pruebas de asegurabilidad.

Transcurrido este plazo, podrá contratar una Póliza nueva, pasando por el proceso de selección médica.

18. Renovación

El Contratante o Asegurado Titular podrá renovar su Contrato de Seguro cada año. Si el Contratante o Asegurado Titular no solicitó a la Compañía un Cambio de Plan o Cambio de Producto a renovación:

- **Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- **No implicará modificación de los Periodos de Espera.**
- **No considerará los límites de las edades de aceptación.**

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

En cada Renovación, la Compañía podrá clarificar y/o incluir: Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas Adicionales con costo, Exclusiones, Cláusulas Generales y Servicios de Asistencia. Asimismo, se actualizarán los montos de Deducible, Suma Aseguradas, Coaseguros y Topes de Coaseguro (Coaseguro máximo).

En caso de Cambio de Plan o Cambio de Producto, se aplicará lo establecido en la cláusula de Cambio de Plan o Cambio de Producto de estas Condiciones Generales.

En cada Renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía.

En cada Renovación, la Prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en nota técnica 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.

El pago de Prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación.

19. Rehabilitación

En el caso que éste 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 9. Primas de la sección VIII. Cláusulas generales, 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 a sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes.

Para que la Compañía otorgue al Contratante la rehabilitación es necesario que éste 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 o Padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

20. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

21. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

El Contratante o Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados cuando éstos no vivan en el mismo domicilio, así como el cambio de residencia de los mismos.

A los Asegurados en Viajes que lleguen a residir más de 3 meses fuera del territorio nacional, con un máximo se le aplicará la tarifa correspondiente a la zona 4, después de transcurrido este periodo quedará excluido del Contrato.

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

22. Moneda

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

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima. Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo con las condiciones del Contrato de Seguro, serán rembolsados en Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realice el reembolso de dichos gastos.

23. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no haya 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.

24. Agravación del Riesgo

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro, la Agravación del Riesgo es cuando se produce una situación o estado distinto que existía al momento de la valoración del riesgo por parte de la Compañía y que sirvió de base para la celebración del Contrato de Seguro, con respecto a lo declarado en la Solicitud de Seguro, así como el incumplimiento por parte del Asegurado de los Artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Así mismo se considerara Agravación del Riesgo para todos los efectos de este contrato, el hecho que el Asegurado se someta a Tratamientos o procedimientos que tengan como finalidad cambiar su sexo.

En todos aquellos supuestos que implique una Agravación del Riesgo, el Asegurado deberá pasar por el proceso de selección médica con el objeto que la Compañía valore nuevamente el riesgo.

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 en lo sucesivo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

25. Competencia

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado Titular 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, en términos de los Artículos 50 Bis, 68, 70,71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 7663 (opción 1)

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

Dirección: Félix Cuevas 366, piso 6 Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, C.P. 03200, 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/web/servicios-axa/quejas

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En la Ciudad de México: (55) 5340 0999

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

26. Edad

a) La edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 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, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos de acuerdo a lo establecido en el Artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la Prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro de acuerdo con el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la edad real se realizará el ajuste correspondiente en Primas.

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

27. Siniestros

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

En toda reclamación, el Contratante o Asegurado Titular deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes médicos y estudios relacionados con el Evento Médico reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo con lo siguiente:

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que ésta ocurra.

b) Para proceder al pago de la Cobertura de Apoyo psicológico por robo con violencia o violación, es requisito indispensable que el Reclamante adjunte la copia simple de la denuncia de hechos presentada ante el Ministerio Público competente.

c) En caso de ser un diagnóstico bilateral, se pagará como un solo Siniestro pagando únicamente el Deducible y Coaseguro por ambos diagnósticos.

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

a) El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.

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

28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

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

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Padecimiento, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.

b) A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo con el porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la Carátula de la Póliza.

c) El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Cuando la Compañía por error indebidamente pague algún gasto que el Asegurado no tenía derecho a exigir, una vez advertido el error, la Compañía no estará obligada a seguir pagando los gastos sucesivos por ese mismo concepto, conforme a lo establecido en el Código Civil Federal en su Artículo 1,883.

28.1 Aplicación de Deducible y Coaseguro

a) Si el Asegurado recibe atención médica con los Prestadores en Convenio (Hospital, Clínica o Sanatorio y Médicos) y se utiliza Pago Directo, se aplicará el Deducible y Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo al siguiente esquema:

- Cuando la atención médica se realice en el área metropolitana:

Nivel Hospitalario contratado	**Nivel Hospitalario donde se atendió el servicio médico**				
	360	270	180	90	45
360	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.

- Cuando la atención médica se realice en el resto del territorio nacional, el Deducible y Coaseguro se aplicará de la siguiente manera, considerando la máxima Gama Hospitalaria disponible en la ciudad donde se reciba dicha atención.

Nivel Hospitalario contratado	Nivel Hospitalario donde se recibió el servicio médico			
	270	180	90	45
270	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
180	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
90	No aplica	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
45	No aplica	No aplica	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.

- Cuando la atención médica se realice en el resto del territorio nacional, el Deducible y Coaseguro se aplicará de la siguiente manera, considerando la máxima Gama Hospitalaria disponible en la ciudad donde se reciba dicha atención.
- En todos los demás casos se aplicará el monto por concepto de Deducible y Coaseguro.
- Para todos los gastos posteriores al inicial, tramitados por Pago por Reembolso, se aplicará el Coaseguro contratado y limitaciones de la Póliza.
- En cualquier situación donde el Asegurado se atiende en un Hospital, laboratorio y gabinete que no forme parte de los Prestadores en Convenio, se elimina el límite que hace referencia al monto máximo por concepto de Coaseguro
- Cuando en un Accidente queden simultáneamente afectados varios Asegurados de una misma Póliza, el Deducible se aplicará una sola vez.
- En caso de que en un mismo año Póliza se presenten varias reclamaciones sobre la familia asegurada en la misma Póliza, el Deducible que se aplicará será uno por Asegurado por año Póliza y como máximo dos Deducibles por familia asegurada. Las Enfermedades o Accidentes subsecuentes serán cubiertos solo si rebasan el Deducible contratado y en éstos ya no se aplicará nuevamente el Deducible.
- El Deducible es reinstalable cada año Siniestro.
- En caso de ser un diagnóstico bilateral se pagará como un solo Siniestro, es decir se paga el Deducible y Coaseguro correspondiente.
- En caso de Enfermedad o Padecimiento de miembros bilaterales cuyo diagnóstico se realice en distintos momentos se considerarán como Siniestros independientes y aplicará Deducible y Coaseguro para cada diagnóstico.

29. Servicios Médicos en Territorio Extranjero

En caso de que el Asegurado vaya a ser sometido a Tratamiento médico, quirúrgico o procedimiento terapéutico en territorio extranjero deberá dar aviso por escrito a la Compañía por lo menos 5 (cinco) días hábiles previos a la Hospitalización y deberá presentar todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento que determinen el Tratamiento diagnosticado.

Una vez dado el aviso, la Compañía recomendará los prestadores de servicios médicos que atenderán el Tratamiento.

Para los siguientes casos se aplicará el Deducible contratado para territorio extranjero, así como un Coaseguro del 30% (treinta porciento) sobre los gastos médicos cubiertos:

a) Si el Asegurado no hiciera uso de los prestadores de servicios médicos recomendados por la Compañía para el Tratamiento diagnosticado.

b) En caso de que el Asegurado presente una reclamación sobre un Tratamiento cubierto del cual no se haya dado el aviso o no se haya presentado la documentación relacionada a dicho Tratamiento.

Se cubrirán los gastos originados en caso de sufrir algún Accidente, Enfermedad o Padecimientos que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional aplicando las condiciones de la cobertura 18. Urgencia Médica en el Extranjero de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos inciso a) Gastos Médicos Mayores cubiertos sin Periodo de Espera.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin alteración alguna.

30. Casos de Alta Prioridad e Internamiento programado en Territorio Extranjero

Por caso de alta prioridad se entenderá como aquél en el que se presenta una aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado la cual por su naturaleza médica deba atenderse en un lapso no mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.

El internamiento programado aplica para aquellos eventos que por su naturaleza médica, el Asegurado disponga de un tiempo mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas para programar y coordinar su atención médica.

Para estos dos casos, el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía y entregar los documentos médicos y estudios relacionados con el evento que determinen el Tratamiento diagnosticado y, si así lo desea, la referencia del Hospital donde desea atenderse.

Para los casos de alta prioridad, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud cumpliendo con los horarios citados a continuación:

Reporte del caso	Respuesta
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.	Mismo día antes de las 6:00 p.m.
Lunes a viernes de 12:00 p.m. a 6:00 p.m.	Día siguiente antes de las 12:00 p.m.
Viernes después de las 6:00 p.m.	Sábado antes de las 6:00 p.m.
Sábado y domingo	Lunes antes de las 6:00 p.m.

Para el caso de internamiento programado, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles.

En caso de que el Asegurado haya manifestado alguna referencia del Hospital donde desea atenderse, la Compañía buscará mantener dicha referencia. Si por alguna circunstancia no se pudiera respetar la referencia presentada por el Asegurado, la Compañía se compromete a referir la atención del caso a Hospitales de reconocido prestigio en función al Tratamiento correspondiente.

Para los casos en donde se haya respetado la referencia hospitalaria del Asegurado, así como para los casos donde la atención médica se haya realizado en los Hospitales referidos por la Compañía, se aplicarán los siguientes límites:

- Deducible contratado reinstalándose cada año Siniestro.
- Coaseguro del 10% con un tope de 3,000 USD y reinstalación cada año Siniestro.
- Suma Asegurada de 1 millón de USD con reinstalación por año Póliza.

Para los casos en donde la atención médica se haya realizado en Hospitales distintos a los referidos por la Compañía se aplicarán los siguientes límites:

- Deducible contratado reinstalándose cada año Siniestro.
- Coaseguro del 30% con un tope de 9,000 USD y reinstalación cada año Siniestro.
- Suma Asegurada de 1 millón de USD con reinstalación por año Póliza.

Para el caso de Medicamentos fuera del Hospital, se aplicará un Coaseguro del 10% (independiente del caso de haber respetado o no la referencia hospitalaria) tanto para Pago Directo como para Pago por Reembolso e inclusive para casos donde se haya alcanzado el tope por concepto de Coaseguro.

En caso de que la Compañía, habiendo recibido toda la información necesaria para realizar la programación, no responda en el tiempo establecido, el caso se entenderá como programado y operarán las condiciones de Deducible y Coaseguro establecidas para los casos donde se haya respetado la referencia hospitalaria del Asegurado.

Para los Accidentes o Enfermedades que sean considerados como Urgencia Médica en el Territorio Extranjero se aplicarán las condiciones estipuladas para la cobertura 18. Urgencia Médica en el Extranjero de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos inciso a) Gastos Médicos Mayores cubiertos sin Periodo de Espera.

31. 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 treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

32. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las Primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta, conforme al Artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta con los límites que la misma Ley establezca.

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

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

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

33. Arbitraje Médico

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

La Compañía 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.

34. 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 de correo electrónico en la dirección proporcionada 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 no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su Póliza, podrá descargar las Condiciones Generales en internet en el portal axa.mx.

O bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la documentación contractual, por alguno de los siguientes medios:

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

35. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance

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 AXA Assistance

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta de AXA Assistance 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 Titular y que hayan sido invitadas por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.

e. Personal Doméstico

Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular 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 AXA Assistance 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 estas Condiciones Generales, 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, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días naturales consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

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 o cualquier otro medio razonable de comprobación.

35.1. 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 AXA Assistance 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 de AXA Assistance tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado AXA Assistance 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 de AXA Assistance, 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 de AXA Assistance 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 de AXA Assistance 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 a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, 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, AXA Assistance podrá rembolsar 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 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 a AXA Assistance

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una Ambulancia Terrestre sin previa notificación a AXA Assistance, 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, AXA Assistance considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

35.2. 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 de AXA Assistance 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 AXA Assistance con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen **los Servicios de Asistencia; AXA Assistance y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.**

d. **Subrogación**

AXA Assistance 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.

35.3. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en Viajes

I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de trascurridos 60 (sesenta) días naturales en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.

II. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.

III. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.

IV. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA Assistance.

V. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.

VI. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.

VII. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser rembolsados por AXA Assistance.

VIII. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.

IX. 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 o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b. Enfermedades o Accidentes imputables 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 competiciones oficiales y en exhibición.**

f. **La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**

g. **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**

h. **La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.**

i. **Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios de cesárea.**

j. **Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.**

k. **Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**

l. **Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.**

m. **Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**

n. **Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

o. **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**

p. **La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**

q. **Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.**

r. **Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**

s. **Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.**

t. **No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.**

u. **La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**

v. **Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una Ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.**

VII. Artículos citados en las Condiciones Generales

Leyes Aplicables

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	Artículo
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: I. Las obligaciones en Moneda Nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas 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;	Art. 276

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.	Art. 276

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este Artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente Artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.	Art. 277
Ley Sobre el Contrato de Seguro	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
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	Art. 10
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.	Art. 25
Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el Artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 40

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
Para los efectos del Artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.	Art. 53
Lo dispuesto en los dos Artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.	Art. 54
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior.	Art. 70
El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	Art. 71
Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el Artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art. 171

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato; II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente Artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	Art. 172
Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 50 bis

En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el Artículo 68 fracción X.	Art. 70
Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.	Art. 71
En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.	Art. 72 Bis
Ley Monetaria	
La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha trasferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este Artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.	Art. 8
Código Civil Federal	
Cuando se reciba alguna cosa que no se tenía derecho de exigir y que por error ha sido indebidamente pagada, se tiene obligación de restituirla. Si lo indebido consiste en una prestación cumplida, cuando el que la recibe procede de mala fe, debe pagar el precio corriente de esa prestación; si procede de buena fe, solo debe pagar lo equivalente al enriquecimiento recibido.	Art. 1,883

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	
Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitido por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.	Art. 64
Las recetas expedidas por especialistas de la medicina, además de lo mencionado en el Artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.	Art. 65

VIII. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de mayo de 2018, con el número CNSF-S0048-Q-0032-2018.



Llámanos sin costo

01 800 900 1292

axa.mx

AI - 227 • ENERO 2018

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, Ciudad de México, México
Tels. 5169 1000 • 01 800 900 1292 • axa.mx