



Gastos Médicos Mayores

Cree en tu fortaleza

**Tabla de Procedimientos
Terapéuticos**

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Objeto	7
II. Leyes aplicables	7
III. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Antigüedad	7
3. Coaseguro	7
4. Compañía o Aseguradora	7
5. Certificado	7
6. Colectividad Asegurable	8
7. Colectividad Asegurada	8
8. Contratante	8
9. Deducible	8
10. Dependientes Económicos	8
11. Dividendo	8
12. Endoso	8
13. Enfermedad o Padecimiento	8
14. Factor de Reembolso	8
15. Hospital, Clínica o Sanatorio	8
16. Hospitalización	8
17. Integrante o Asegurado	8
18. Medicamento	8
19. Médico	9
20. Padecimiento Congénito	9
21. Pago Directo	9
22. Periodo de Espera	9
23. Perito Médico	9
24. Prestadores en Convenio para Pago Directo	9
25. Prima de Riesgo	9
26. Programación de Cirugías	9
27. Prótesis y Aparatos Ortopédicos	9
28. Reembolso	9
29. Signo	9
30. Síntoma	9
31. SMGV CDMX	9
32. Suma Asegurada	9

Índice

	Página
33. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	9
34. Urgencia Médica o Emergencia Médica	9
IV. Descripción del seguro	10
a) Colectividad Asegurada con relación laboral	10
b) Colectividad Asegurada sin relación laboral	10
V. Gastos Médicos Mayores cubiertos	10
Gastos de Hospitalización y Médicos	10
1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos	10
2. Honorarios por Consultas Médicas	11
3. Gastos Dentro del Hospital	11
4. Honorarios del Anestesta	11
5. Equipo de Anestesia y Material Médico	11
6. Cama Extra	11
7. Honorarios de Enfermeras	11
8. Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes	11
9. Honorarios Médicos por Atención Hospitalaria sin Intervención Quirúrgica	12
10. Honorarios de Médicos Quiroprácticos	11
11. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente	11
12. Consumo de Oxígeno	11
13. Transfusiones de Sangre	11
14. Renta de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos	12
15. Renta de Equipo Tipo Hospital	12
16. Medicamentos	12
17. Estudios de Laboratorio y Gabinete	12
18. Cobertura del Recién Nacido	12
19. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio	12
20. Nariz y/o Senos Paranasales	12
21. Uso de Ambulancia	13
VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera	13
VII. Servicios de Asistencia	13

Índice

	Página
7.1. Tu médico 24 horas	13
7.1.1 Definiciones	13
7.1.2 Beneficios	14
7.1.3 Obligaciones del Beneficiario	15
7.1.4 Normas generales	16
7.1.5 Exclusiones particulares	17
VIII. Gastos Médicos Mayores No cubiertos	19
IX. Coberturas opcionales	22
9.1. Urgencia Médica en el Extranjero	22
9.2. Ambulancia Aérea	22
9.3. Cobertura de Parto Normal	23
9.4. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios	23
X. Cláusulas generales	24
1. Inicio de Cobertura del Contrato	24
• Accidente	24
• Enfermedad	24
2. Clasificación de Dividendos	24
a) Experiencia Propia del Contratante	24
b) Sin Dividendos	25
1. Pago de Dividendos	25
a) Cálculo	25
b) Periodo de Pago	25
c) Recuperación de Dividendos por siniestros ocurridos y no reportados	25
3. Periodo de Pago de Beneficios	26
4. Póliza o Contrato de Seguro	26
5. Modificaciones	26
6. Notificaciones	27
7. Vigencia	27
8. Residencia	27
9. Prima	27
• Lugar de Pago	27
10. Revelación de Comisiones	27
11. Procedimientos	28

Índice

	Página
1. Certificados Individuales	28
2. Registro de Asegurados	28
3. Movimientos de Asegurados	28
a. Ingreso a la Colectividad Asegurada	28
b. Bajas en la Colectividad Asegurada	29
12. Ajustes	29
13. Cambio de Contratante	29
14. Cambio de Forma de Pago de las Primas	30
15. Renovación	30
16. Rehabilitación	30
17. Prescripción	31
18. Moneda	31
19. Omisiones o Inexactas Declaraciones	31
20. Competencia	32
21. Edad	32
22. Sinistros	32
23. Pago de Indemnizaciones	33
24. Sistema de Pago Directo	34
25. Sistema de Pago por Reembolso	34
26. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro	34
27. Pagos Improcedentes	35
28. Interés Moratorio	35
29. Cancelación	35
30. Terminación Anticipada	35
31. Rescisión por Agravación Esencial del Riesgo	36
32. Obligación del Contratante	36
XI. Tabla de Hospitales por Estado y Ciudad	36
XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	37
XIII. Artículos citados	62
XIV. Registro	70

Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Gastos Médicos Mayores Colectivo

Condiciones Generales

I. Objeto

El objeto del presente contrato es resarcir los gastos en que el Asegurado incurra con motivo del restablecimiento de su salud de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de Póliza y el Certificado Individual.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en esta Póliza y siempre y cuando se encuentre en vigor.

La Compañía, a cambio del pago de la prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en el registro de asegurados, durante el plazo de Vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en éste, a partir del momento en que la Compañía notifique al Contratante la aceptación de su solicitud.

II. 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.

III. Definiciones

Para efectos del siguiente contrato 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.

Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por un Asegurado en un Accidente se consideran como un solo evento.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

2. Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una Póliza de Gastos Médicos en esta u otra Compañía. La Antigüedad servirá para eliminar o disminuir Periodos de Espera del Capítulo VI de estas Condiciones Generales.

3. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible.

Dicho porcentaje queda indicado en la carátula de la Póliza.

4. Compañía o Aseguradora

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

5. Certificado

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

6. Colectividad Asegurable

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

7. Colectividad Asegurada

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

8. Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro colectivo con la Compañía y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

9. Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos erogados para cada siniestro y que corren a cuenta del Asegurado, éste se encuentra establecido en la carátula de la Póliza. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía. **Este concepto no es reembolsable.**

10. Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular y/o del cónyuge, solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

11. Dividendo

Es el monto que al finalizar la Vigencia de la Póliza se entrega al Contratante o a los Asegurados de la Colectividad de acuerdo a su contribución al pago de la prima, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos.

12. Endoso

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

13. Enfermedad o Padecimiento

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

Las alteraciones, Enfermedades o Padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad o Padecimiento.

14. Factor de Reembolso

Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y nivel hospitalario, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde sea atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos.

15. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día.

16. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente. Dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante.

17. Integrante o Asegurado

Persona expuesta a cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

18. Medicamento

Toda preparación o 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.

19. Médico

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

20. Padecimiento Congénito

Se entiende como Congénito el Padecimiento o Enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero.

21. Pago Directo

Remuneración económica que realiza directamente la Compañía al Prestador en Convenio, por la atención médica de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

22. Periodo de Espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y hasta la fecha en que comienza la protección del beneficio contratado para cubrir maternidad, Enfermedad o Padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato de Seguro.

23. Perito Médico

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico y/o autoridad correspondiente.

24. Prestadores en Convenio para Pago Directo

Es el conjunto de Hospitales, Médicos, laboratorios, farmacias, gabinetes entre otros servicios de salud, con los que la Compañía ha celebrado diversos convenios especiales. Dicho conjunto podrá sufrir Modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

25. Prima de Riesgo

Es la cantidad de dinero que resulte de disminuir la prima, los gastos de administración y adquisición que por concepto de comercialización corresponda para la celebración de este Contrato de Seguro.

26. Programación de Cirugías

Autorización previa al internamiento que el Asegurado recibe por la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

27. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Aquellos aparatos utilizados para corregir o reemplazar de forma parcial o total un órgano o función.

28. Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el contrato.

29. Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

30. Síntoma

Es un fenómeno o una anomalía subjetiva que revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

31. SMGV CDMX

Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México.

32. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro.

33. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Relación de Procedimientos Terapéuticos que indica el factor porcentual a aplicar para determinar el monto máximo a pagar por la Compañía para cada Enfermedad o Accidente cubierto por concepto de honorarios médicos y quirúrgicos.

34. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de algún órgano y por lo tanto requiere atención médica inmediata.

IV. Descripción del seguro

Características de la Colectividad Asegurada.

a. Colectividad Asegurada con relación laboral

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, a los miembros de la Colectividad Asegurada que tengan relación laboral con el Contratante y que estén en servicio activo.

b. Colectividad Asegurada sin relación laboral

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, a los miembros de la Colectividad Asegurada que no tengan relación laboral con el Contratante y que cumplan con lo siguiente:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación del seguro.

V. Gastos Médicos Mayores cubiertos

Gastos de Hospitalización y Médicos

Siempre que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, (que no sean familiares del Asegurado) y sean médicamente necesarios, se entenderá por dichos gastos lo siguiente:

1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes e instrumentistas, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, que forma parte de este Contrato anexo a estas Condiciones Generales:

- a) Para cada intervención quirúrgica u otro servicio señalado en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos anexa, el pago máximo será el porcentaje asignado en ésta, multiplicado sobre el monto de Honorarios Quirúrgicos indicado en la carátula de Póliza, para cada Accidente o Enfermedad cubierto por la Póliza.
- b) El pago de los Procedimientos Terapéuticos que deba efectuar la Compañía no será mayor al beneficio máximo por gastos médicos quirúrgicos establecido en la carátula de la Póliza.
- c) Las intervenciones quirúrgicas que no se encuentren en la Tabla, se valuarán por similitud a las comprendidas en él.
- d) Si la Póliza está contratada sin Tabla de Procedimientos Terapéuticos se pagará el importe que por la clase de intervención realizada, así como de los tratamientos o servicios médicos correspondientes, según el gasto que no sea en exceso del cargo regular acostumbrado en el área donde se haya realizado dicha intervención o sean suministrados los tratamientos o servicios médicos correspondientes, de acuerdo al plan contratado.
- e) Cuando se efectúen dos o más intervenciones en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará de las intervenciones quirúrgicas efectuadas aquella indicada con el mayor porcentaje, o una de ellas cuando los porcentajes estipulados sean iguales.
- f) Si en la misma sesión quirúrgica el cirujano efectúa otra intervención en diferente campo operatorio, la Compañía pagará el porcentaje que corresponda a la mayor, más 50% del pago que corresponda a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
- g) Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferentes especialidades para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico o en tiempos quirúrgicos sucesivos, se aplicará la tabla para cada cirujano en forma individual. En caso de un politraumatizado, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos e y f.

-
- h) Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, tenorrafias, arteriorrafias) en la misma sesión y en el mismo campo operatorio, se pagará 50% del porcentaje estipulado para la más elevada y 25% del porcentaje estipulado en las restantes.

2. Honorarios por Consultas Médicas

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza.

3. Gastos dentro del Hospital

Representados por el costo de la habitación (privada estándar con baño, de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza), alimentos, Medicamentos, laboratorio, gabinete, y atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.

4. Honorarios del Anestesista

La cantidad que se liquide por este concepto será hasta 30% de los honorarios del cirujano.

5. Equipo de Anestesia y Material Médico

Quedan cubiertos los gastos por equipo de anestesia y material médico.

6. Cama Extra

Quedan cubiertos los costos de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital, Clínica o Sanatorio.

7. Honorarios de Enfermeras

Quedan cubiertos los honorarios de Enfermeras que bajo prescripción del Médico tratante, sea necesaria para la convalecencia domiciliaria, con límite máximo de 30 días.

8. Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes

Quedan cubiertos los gastos por tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes.

Los gastos por concepto de terapias físicas y de rehabilitación se pagarán única y exclusivamente si dichas terapias son proporcionadas en centros especializados, certificados y por profesionales de la salud que cuenten con cedula de especialidad para ejercer medicina física y de rehabilitación expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

9. Honorarios Médicos por Atención Hospitalaria sin Intervención Quirúrgica

Los honorarios médicos por atención hospitalaria sin intervención quirúrgica se cubrirán hasta los siguientes límites:

- a) Atención hospitalaria: el equivalente a 20 días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México.
- b) Primeros 5 días en terapia intensiva: el equivalente a 40 días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México.
- c) Del 6to. al 30avo. día en terapia intensiva: el equivalente a 30 días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México.

10. Honorarios de Médicos Quiroprácticos

Quedan cubiertos los honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

11. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente

Se cubre la cirugía reconstructiva a consecuencia de un Accidente sólo si el primer gasto se realiza en los primeros 90 días de ocurrido dicho Accidente.

12. Consumo de Oxígeno

Quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno.

13. Transfusiones de Sangre

Quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

14. Renta de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta de Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis, que se requieran a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto, de acuerdo con el límite establecido en la carátula de la Póliza. En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.

El gasto erogado por Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis quedará sujeto a lo siguiente:

- a) Las Prótesis dentales quedan cubiertas sólo a consecuencia de Accidente, siempre y cuando se afecten piezas dentales naturales.**
- b) Queda excluida la reposición de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos.**

15. Renta de Equipo Tipo Hospital

Se cubre el equipo tipo Hospital para la recuperación en casa o el tratamiento domiciliario siempre y cuando la Compañía haya proporcionado la autorización para dicho gasto.

16. Medicamentos

Quedan cubiertos los Medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el Padecimiento, cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

17. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto.

18. Cobertura del Recién Nacido

Se cubren desde el día de nacimiento en territorio nacional los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido por los Padecimientos Congénitos, talla baja y Enfermedades ocurridas al nacer, siempre y cuando la madre tenga 10 meses continuos de Asegurada en la Póliza y se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento, mediante la obligación de pagar el alta del recién nacido.

19. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio

Se cubren las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, de la cónyuge o hija del Asegurado Titular, enunciados a continuación, con el límite establecido en la carátula de la Póliza, siempre y cuando sean en territorio nacional:

- a) Embarazo extrauterino.
- b) Toxemia del embarazo molar.
- c) Fiebre puerperal.
- d) Embarazo molar.

Los gastos erogados a consecuencia de las complicaciones de embarazo expresamente mencionadas como cubiertas, serán reembolsados con un límite máximo de 5 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México al momento de efectuarse el primer gasto.

Se cubre la operación cesárea según lo establecido en la carátula de la Póliza o Endoso correspondiente. En Pólizas de 10 a 25 asegurados se cubre con Periodo de Espera de 12 meses.

20. Nariz y/o Senos Paranasales

Se cubre nariz y/o senos paranasales sólo por Accidente siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 días a la fecha del Accidente. Cuando el Asegurado tenga menos de un año de Antigüedad en la Póliza se aplicará un Coaseguro de 70%, cuando el Asegurado tenga como mínimo un año de Antigüedad se le aplicará 50% de Coaseguro.

21. Uso de Ambulancia

Siempre y cuando sea médicamente necesario, queda cubierto de acuerdo al límite establecido en la carátula de la Póliza, el servicio de ambulancia terrestre, hacia o desde el Hospital, Clínica o Sanatorio.

VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera

1. Los tratamientos por desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocido como litotripsias, estarán cubiertos a partir del 2do. año de la fecha de alta del Asegurado, o Rehabilitación de la Póliza, hasta un límite de 26 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México.

La siguiente cláusula sólo es aplicable a Pólizas de 10 a 25 Asegurados.

2. No estarán cubiertos en el primer año que sigue a la fecha de alta de cada Asegurado los gastos resultantes de: operación cesárea, y las complicaciones del embarazo especificadas en el inciso 19 de Gastos Médicos Cubiertos, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de:

- Padecimientos ginecológicos.
- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Endometriosis.
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.

VII. Servicios de Asistencia incluidos

7.1. Tu médico 24 horas

AXA Seguros, S.A. de C.V. otorgará los Servicios de Asistencia que se describen en este apartado a través de AXA Assistance.

7.1.1 Definiciones

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en el punto 7.1 Tu médico 24 horas de las presentes Condiciones Generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

Se consideran las siguientes definiciones para el otorgamiento de los Servicios de Asistencia:

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.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

2. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de alta en la Póliza.

3. 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.

4. Enfermedad

Toda alteración en la salud del Beneficiario, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la Vigencia de este contrato.

5. Fecha de Inicio o Renovación

Será la Fecha de Inicio o Renovación de la Vigencia de Póliza, fecha a partir de la cual AXA Assistance empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.

6. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

7. Representante

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

8. Residencia Permanente

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

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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 consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

7.1.2 Beneficios

1. 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:

- a) Utilización de Medicamentos.
- b) 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:

- a) Enviarle la visita de un Médico a Domicilio con un costo preferencial para el Beneficiario.
- b) El envío de una ambulancia.

Ni la Compañía ni AXA Assistance serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2. 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 en cada visita domiciliar directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliar. Dicho costo preferencial se especificará en un Endoso anexo a la Póliza.

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.

3. Envío de Ambulancia Terrestre (Traslado Médico Terrestre)

Si el Beneficiario a causa de Enfermedad o Accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de AXA Assistance 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; 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 un máximo de 2 (dos) eventos por año Póliza y por Asegurado y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

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

7.1.3 Obligaciones del Beneficiario

1. 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:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA Assistance podrá contactar con el Beneficiario o su Representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) 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.

2. 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:

- a) El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- b) 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.

3. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y sólo 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 y de acuerdo con la sección 7.1.3 del inciso 3 (b) de las presentes Condiciones Generales, podrá reembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de ambulancia terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a Reembolso.

a) 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.

b) 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.

7.1.4 Normas generales

a) Mitigación

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

b) Cooperación con AXA Assistance

El Beneficiario deberá cooperar con AXA Assistance para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA Assistance los documentos necesarios, además de ayudar a AXA Assistance en lo necesario para cumplir las formalidades correspondientes.

c) 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.

d) 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; por lo que AXA Assistance no obstante será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, **no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.**

e) 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.

7.1.5 Exclusiones particulares

1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.
2. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.
3. Con excepción de lo dispuesto en la sección 7.1.3 del inciso 3 (b) de estas condiciones, los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.
4. Los gastos médicos y hospitalarios fuera de la República Mexicana.
5. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.
6. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:
 - a) La participación del Asegurado en huelgas, 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 cirugía programada 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, directa o indirectamente, 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) El Beneficiario no tenga identificación.
 - t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
 - u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. 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.

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

VIII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos que se originen a consecuencia de:

1. Padecimientos Preexistentes

Entendiéndose como Padecimientos Preexistentes aquellos que:

- a) Previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento o Enfermedad o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

2. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta, aprendizaje y terapias de lenguaje.

3. Afecciones propias del embarazo como aborto, partos prematuros o partos normales o anormales, cesárea, legrados y toda complicación del

embarazo, del parto o del puerperio que no sean precisamente las consignadas en esta Póliza en el inciso 18 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.

4. Tratamientos y Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo lo mencionado en el inciso 11 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.
6. Tratamientos o Procedimientos Terapéuticos de obesidad y reducción de peso, aun cuando formen parte del tratamiento de otra Enfermedad o Padecimiento, calvicie, apnea del sueño y tratamiento del ronquido, anorexia, bulimia ni cualquiera de sus consecuencias.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de esterilidad, fertilidad, natalidad y cualquiera de sus complicaciones.
8. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.
9. Tratamientos de acné.
10. Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por Médicos sin Cédula Profesional.
11. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
12. Tratamientos o Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía o cualquier trastorno de la refracción y estrabismo.

-
13. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en Sanatorio, Clínica u Hospital, excepto Cama Extra.
 14. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión auto inflingida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 15. Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no que no haya sido prescrito por un Médico.
 16. 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.
 17. Práctica de: box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo y espeleología.
 18. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
 19. 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 del transporte regular de pasajeros.
 20. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.
 21. Tratamientos o Procedimientos Terapéuticos con base en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o Padecimientos no aprobados por el Consejo de Salubridad General.
 22. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de Accidentes y sujeto a lo estipulado en los puntos 11 Gastos Médicos Mayores cubiertos.
 23. Tratamientos médicos o quirúrgicos de Nariz y/o Senos Paranasales que sean originados por Enfermedad.
 24. Circuncisión.
 25. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.
 26. Tratamientos preventivos.
 27. Tratamientos en vías de experimentación.
 28. Tratamiento médico o quirúrgico de Nariz y/o Senos Paranasales que sea originado por Enfermedad o Padecimiento.
 29. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
 30. Todos los gastos erogados por diagnóstico, tratamientos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones.

-
31. Padecimientos congénitos, salvo lo definido en el inciso 18 de los Gastos Médicos Mayores cubiertos.
32. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en el inciso 17 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.
33. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un Médico.
34. Reposición y compostura de Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis.
35. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones y cualquier adición ortopédica al zapato.
36. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier complicación de los Padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
37. También son exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y Endosos anexos a esta Póliza.
38. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
39. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
40. Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o «juanetes».
41. Gastos erogados fuera de la República Mexicana.
42. Gastos erogados por el donador de órgano.
43. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier Padecimiento, lesión, afección o intervención expresamente excluida en este contrato.
44. La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.
45. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea recta del Asegurado.
46. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección de Gastos Médicos Mayores cubiertos y Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de las presentes Condiciones Generales.
47. Los siguientes Medicamentos:
- Fórmulas lácteas.
 - Suplementos y complementos alimenticios.
 - Multivitamínicos.
 - Medicamentos naturistas.
 - Medicamentos de acción de terapia celular.
 - Medicamentos homeopáticos que no sean amparados por un médico homeópata.
 - Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
 - Medicamentos no autorizados para su venta en México.
 - Medicamentos que no tengan relación con el Padecimiento.
 - Que se encuentren en fase experimental.
-

IX. Coberturas opcionales

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a estas coberturas, se obtendrán los siguientes beneficios:

9.1. Urgencia Médica en el Extranjero

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a esta cláusula se obtendrá el siguiente beneficio:

Protege a los Asegurados frente al riesgo de sufrir alguna Enfermedad o Accidente que pueda ser considerado como Emergencia Médica fuera del territorio nacional, cuando estén realizando un Viaje de placer o de negocios.

Considerándose como Urgencia Médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

En toda reclamación que se origine por una Urgencia en el Extranjero se le aplicará únicamente el Deducible de 50 USD y se pagarán los gastos hasta la Suma Asegurada de 50,000 USD, o su equivalente en Moneda nacional. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Emergencia Médica y, por lo tanto, los efectos de este beneficio.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha de erogación de mismos.

Los gastos cubiertos para esta cláusula son:

- Cuarto semiprivado y alimentos del paciente.
- Médicos y/o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestesista. Honorarios profesionales.

- Suministro en el Hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
- Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea médicamente necesario.
- Aparatos Ortopédicos y Prótesis, necesarios para el tratamiento médico.
- Los gastos del recién nacido quedarán cubiertos a partir del 30 día de nacido de acuerdo a las condiciones de esta cláusula.

Esta cobertura no ampara:

- **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en los Gastos no cubiertos de estas Condiciones Generales.**
- **Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el Médico tratante y la Compañía.**
- **No quedarán cubiertos los Accidentes o Enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o el Viaje.**
- **No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del Hospital.**
- **No quedarán cubiertos los tratamientos de Rehabilitación.**
- **No quedará cubierta la operación cesárea.**

9.2. Ambulancia Aérea

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a esta cláusula se obtendrá el siguiente beneficio:

Se cubre la transportación en ambulancia aérea de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de Póliza si como consecuencia de una Urgencia Médica cubierta, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médico hospitalarios necesarios para su atención.

Este beneficio no se brindará cuando:

- **El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- **El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- **El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- **El paciente no tenga confirmada su reservación de Hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- **Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**
- **El paciente no tenga una identificación y el número de su Póliza de Gastos Médicos Mayores.**

Este beneficio opera a través de pago por Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro de 20% sobre el monto total de la factura de vuelo.

Se cubre únicamente en territorio nacional.

Los demás términos y condiciones quedan sin modificación alguna.

9.3. Cobertura de Parto Normal

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

Quedan cubiertos los siguientes gastos ocasionados exclusivamente por el parto con un Periodo de Espera de 10 meses a partir del Alta de la Asegurada:

- Honorarios de médicos que participen en la atención del parto.
- Gastos de Hospitalización.
- Medicamentos necesarios para la recuperación dentro del Hospital.
- Parto prematuro (incluyendo la atención del recién nacido).

El monto a indemnizar para esta cobertura quedará indicado en la carátula de la Póliza.

Esta cobertura aplicará durante toda la gestación, siempre y cuando el nacimiento o parto sea de manera natural y la Póliza se encuentre vigente.

Quedan excluidos todos aquellos gastos derivados del control o seguimiento durante el embarazo, así como aquellos gastos posteriores al parto.

Este beneficio se cubre únicamente en territorio nacional.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni Modificaciones y con la aplicación para este plan.

9.4. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura:

Se cubren aquellos gastos complementarios, que sean erogados dentro de la Vigencia de esta Póliza de padecimientos cuyos primeros gastos hayan sido cubiertos o hubiese procedido el pago al momento del siniestro por alguna otra compañía de seguros o por esta Compañía, siempre y cuando la Vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la(s) aseguradora(s) anterior(es) ni en el cambio a esta Compañía.

Será de carácter obligatorio el reportar por escrito o por medio magnético a esta Compañía, los padecimientos ya reclamados en otras compañías cuyos pagos complementarios habrán de ser reconocidos; de no existir esta notificación, no procederá el reconocimiento de dichos gastos.

A continuación se describe el proceso de indemnización:

El Contratante no podrá obtener ningún beneficio adicional para sus empleados sobre las indemnizaciones de los siniestros abiertos los cuales generen gastos subsecuentes o complementarios, por un cambio de plan o cobertura, en virtud de lo anterior los pagos se realizarán de acuerdo a lo siguiente:

- a) En caso de que el Contratante mantenga los mismos límites y condiciones, los siniestros se pagarán de acuerdo a los mismos límites y condiciones vigentes a la fecha de ocurrido el siniestro. Los pagos complementarios que reúnan todos los requerimientos para su aceptación, tendrán como Suma Asegurada el diferencial (remanente) entre la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrido el siniestro, menos el monto del siniestro pagado a la fecha de inicio de Vigencia a la Renovación con esta Compañía.
- b) En caso de que el Contratante modifique su plan para obtener mejores coberturas, el pago de los gastos complementarios de los siniestros abiertos con anterioridad serán realizados con base en los términos y condiciones a la fecha de ocurrido el siniestro (Condiciones y Endosos Especiales).
- c) En caso de que el Contratante modifique su plan para disminuir o topar coberturas, el pago de los gastos complementarios de los siniestros abiertos con anterioridad serán realizados en base a los términos y condiciones contratadas para la nueva cobertura (Condiciones y Endosos Especiales).

Los pagos complementarios que reúnan todos los requerimientos mencionados en el párrafo anterior, tendrán como Suma Asegurada el diferencial (remanente) entre la menor de las Sumas Aseguradas (la Suma Asegurada contratada al inicio de la reclamación del siniestro en ésta u otra compañía de seguros y la Suma Asegurada contratada para el nuevo plan), menos el monto de siniestros pagados a la fecha de inicio de la Vigencia en la Póliza con esta Compañía.

Para los casos anteriores se aplica el Tabulador actualizado de acuerdo al tipo de plan con que se vaya a realizar la indemnización del pago complementario.

Todas las demás condiciones, coberturas y exclusiones permanecen sin cambios ni Modificaciones.

X. Cláusulas generales

1. Inicio de Cobertura del Contrato

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

- **Accidente**

Los Asegurados inscritos en la presente Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, con excepción de lo previsto en el inciso VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodos de Espera.

- **Enfermedad**

Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento, salvo mención en contrario, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de Renovaciones, Urgencias Médicas que no estén relacionadas a Enfermedades Preexistentes y para los Padecimientos del recién nacido de acuerdo al inciso 18 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.

2. Clasificación de Dividendos

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia de cada Contratante.

- a) **Experiencia Propia del Contratante**

Se entiende por ésta cuando la prima de la Colectividad Asegurada esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien, de las Pólizas que pertenezcan a la misma colectividad empresarial.

b) Sin Dividendos

Mediante esta elección, el Contratante o los Asegurados no participarán de la utilidad por concepto de siniestralidad favorable.

En caso de Seguro con Dividendo, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la Renovación de la Póliza.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos, en relación al inciso “Recuperación de Dividendos por siniestros ocurridos y no reportados” de este apartado.

1. Pago de Dividendos**a) Cálculo**

Se otorgará un porcentaje de la Prima de Riesgo devengada menos los siniestros ocurridos en forma anual vencida.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. Tal Dividendo será cubierto al Contratante quien tendrá obligación de entregar dicha aportación a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su participación al pago de la prima.

El Cálculo de Dividendos dependerá de la Experiencia Propia del Contratante para el Cálculo de la prima. La determinación de los Dividendos a ser pagados se realizará conforme a lo siguiente:

1. Experiencia Propia del Contratante, al finalizar la Vigencia de la Póliza; durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima de Riesgo que corresponda por la celebración de este Contrato de Seguro, mismo que podrá variar de acuerdo a las altas y bajas y/o Modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su Vigencia. Para el Cálculo del Dividendo, se considerará la Prima de Riesgo que se tenga al final de la Vigencia anual.

b) Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la Vigencia de la Póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de Vigencia de la Póliza. Una vez transcurridos 90 días naturales del fin de Vigencia de la Póliza, serán pagados los Dividendos que sean procedentes de acuerdo a lo pactado entre la Compañía y el Contratante.

En el caso de Pólizas cuya Vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.

Para el caso en que el Asegurado participe en el pago de la prima, únicamente se entregará el pago correspondiente de Dividendos una vez que el Contratante manifieste por escrito a la Compañía que no tiene pendiente por reportar siniestros ocurridos.

En caso de Cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se entregará o repartirá Dividendo alguno.

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados

Si con posterioridad al pago correspondiente de Dividendos, se llegan a presentar siniestros o complementos posteriores a la fecha de entrega y que hubieran tenido lugar dentro de la Vigencia de la Póliza se procederá de la siguiente manera:

1. Si la Colectividad Asegurada renovó su Vigencia en la Compañía, a petición del Contratante, el arrastre de pérdidas de la Vigencia anterior por siniestros ocurridos y no reportados podrá llevarse a cabo en el Cálculo del Dividendos correspondiente al siguiente periodo.

2. En caso de reportarse siniestros ocurridos durante la Vigencia del Contrato de Seguro no renovado con la Compañía, el Contratante se obliga a reingresar en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la cantidad que resulte de la diferencia entre los Dividendos pagados y los siniestros realmente ocurridos. Una vez lo anterior, la Compañía seguirá pagando los siniestros reportados.
3. En caso de que la siniestralidad supere el Dividendo pagado al Contratante, éste se obliga a reintegrar a la Compañía en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la totalidad del Dividendo pagado, en caso de que la siniestralidad supere el monto del Dividendo otorgado, la Compañía absorberá el pago de los siniestros que hubieren ocurrido dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro.

3. Periodo de Pago de Beneficio

Este periodo aplica para:

En caso de Cancelación o no Renovación del Contrato de Seguro, la Compañía cubrirá el pago de siniestros ocurridos dentro de la Vigencia del Contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero de:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada; o
- b) Los gastos erogados hasta el período de 5 (cinco) días posteriores a la Cancelación o término de la Vigencia, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna a petición del Contratante, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto hasta agotar la Suma Asegurada o la recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado, lo que ocurra primero, siempre y cuando la Renovación mantenga condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas en lo que se refiere a:

- a) Periodo de beneficio en caso de Cancelación o no Renovación.
- b) Ubicación geográfica y ubicación en plan de acuerdo con el nivel de costos de los Prestadores en Convenio.
- c) Coberturas adicionales (opcionales).
- d) Participación del Asegurado en el siniestro (Deducible y Coaseguro).

En caso de terminación anticipada del Contrato de Seguro, el Periodo de Pago de beneficio quedará sin efecto, limitándose la obligación de la Compañía al pago de los gastos médicos pendientes que se hayan presentado a la Compañía con anterioridad a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando éstos no tengan relación directa o indirecta con el siniestro o reclamación que dio origen a la terminación anticipada.

4. Póliza o Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro está constituido por la solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y sus Endosos, que hacen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y la Compañía.

5. Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus Modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus Modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las Modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

6. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las Notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

7. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado entre el Contratante y la Compañía, y el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

8. Residencia

Solo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana. Entendiendo por permanencia el lapso de 3 meses continuos en el lugar fijo en el que resida el

Asegurado. Se deberá notificar el lugar de Residencia de los Dependientes Económicos incluidos en la Póliza cuando éstos no vivan con el titular. En el caso de que los Asegurados deban realizar un viaje y que tengan que residir más de 3 meses fuera del territorio nacional, deberán notificarlo a la Aseguradora con anticipación, de no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra después de dicho periodo, no quedará cubierto.

9. Prima

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 emisión.

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, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de Vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los pagos subsecuentes al primero en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de Vigencia de cada recibo.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario, de acuerdo con el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

• Lugar de pago

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia bancaria electrónica o depósito en cuenta bancaria en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio. Los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser éstos el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero), éste se recibirá salvo buen cobro.

10. 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. La Compañía proporcionará dicha información por escrito, en un plazo que no excederá 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

11. Procedimientos

1. Certificados Individuales

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

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

2. Registro de Asegurados

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

El registro contendrá la siguiente información:

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

3. Movimientos de Asegurados

a. Ingreso a la Colectividad Asegurada

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato, nacidos durante la Vigencia de la presente Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de Antigüedad en la Póliza Colectiva, se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente.

La Edad máxima de aceptación es de 64 años. En los casos de Renovación o Rehabilitación, la cobertura para cada Asegurado podrá estar en vigor hasta el límite de 69 años de Edad.

b. Bajas en la Colectividad Asegurada

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

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

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

a) Contraigan matrimonio.

b) Cumplan 25 años de edad.

12. Ajustes

En caso de altas de Dependientes Económicos o de aumento de beneficios, 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.

En el caso de bajas de Dependientes Económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante 60% de la Prima no devengada.

13. Cambio de Contratante

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

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada.

14. Cambio de Forma de Pago de las Primas

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

En estos casos, a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el contrato.

15. Renovación

Este Contrato de Seguro se renovará por periodos de un año. Dicha Renovación se realizará a petición del Contratante dentro de los últimos 30 (treinta) días de Vigencia de cada periodo.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la Renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones solicitados por el Contratante al momento de la Renovación.

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

En el caso de Asegurados con siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la Renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que dicho plan tenía, así como el pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado.

En el caso de Asegurados en los que no existan siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la Renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto impedimento o incapacidad exceda a 1 (un) año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que tenía dicho plan, así como el pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión erogados durante la Vigencia que terminó, debiendo el Asegurado cubrir las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado. En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos médicos derivados de Enfermedades o Accidentes erogados con posterioridad a los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de Vigencia del seguro.

16. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de primas de las sección X. Cláusulas generales de estas condiciones, el Contratante podrá, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la Vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la Rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la Rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso la Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 81

Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

- I.- En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos (2) años, en los demás casos.

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

Artículo 82

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

Artículo 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la Prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la Prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

18. Moneda

Todos los pagos convenidos 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 a las condiciones del contrato, serán reembolsados en Moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación de los gastos, dictada por el Banco de México, y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

19. Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo a lo estipulado 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 a lo estipulado en el artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

En el momento en que la Compañía tenga conocimiento de la omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado, del Contratante y/o sus Representante, al momento de requisitar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho de acuerdo a lo estipulado en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

21. Edad

a) La Compañía aceptará el Ingreso a esta Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En caso de Renovación esta Póliza se renovará hasta los 69 años para los Asegurados incluidos en ella, durante los 30 últimos días de Vigencia de la misma, siempre y cuando no haya perdido continuidad.

- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la Renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante 60% de la Prima no devengada correspondiente a ese Asegurado.
- 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 pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si la Compañía 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 del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.

Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

22. Siniestros

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimiento que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya

programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.

- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado, así como las facturas y/o recibos de honorarios originales de los gastos efectuados que deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas emitidas por negocios registrados en el régimen de pequeños contribuyentes. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

- d) La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Hospitales, Clínicas o Sanatorios legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, a un arbitraje privado.

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 reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía quienes al momento de acudir a ella 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 reclamante, y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

23. Pago de Indemnizaciones

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, ajustándolos a los límites establecidos en el contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la Póliza.
- c) El Deducible y el Coaseguro así como sus límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

- d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de seguro, de ésta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.

Para las coberturas y limitaciones que estén definidas como múltiplos del salario mínimo general mensual (SMGV CDMX), se entenderá que las mismas son variables y éstas se fijarán en caso de Enfermedad, Padecimiento o Accidente, cubiertos por la Póliza, tomando en cuenta el que se encuentre vigente en la fecha de primera erogación efectuada por el Asegurado para esa Enfermedad, Padecimiento o Accidente.

24. Sistema de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, Vigencia de la Póliza, Endosos especiales, altas de Asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los proveedores de servicio que acepten Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del primer recibo no se otorgará el servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada.

25. Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la Póliza que:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieran en el convenio de ésta Compañía.
- b) Por la situación de internamiento (falta de documentos, duda en cuanto a la Vigencia de la Póliza, coberturas, Altas de Asegurados, pagos, etc.) no se hubiera autorizado y/o generado la oportunidad para el servicio de Pago Directo.

Una vez otorgado el Servicio de Pago Directo pactado al prestador de servicios médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, la Compañía no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

26. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

- a) Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, cuando en Procedimientos Terapéuticos se utilice Médico y Hospital en convenio a través de Pago Directo:

Se descontará del Deducible el monto estipulado como reducción de Deducible, ambos conceptos estarán determinados en la carátula de la Póliza.

Se descontará del Coaseguro los puntos porcentuales estipulados en el concepto de reducción de Coaseguro, ambos porcentajes quedarán determinados en la carátula de la Póliza.

- Las coberturas de Procedimientos Terapéuticos, anestesia y consultas médicas operan sin límite. Para la cobertura de cuarto y alimentos se pagará cuarto privado estándar al 100%.
- En caso de no utilizar los Prestadores en Convenio, Médicos de forma completa (Hospital y Médicos), tanto Deducible como Coaseguro, se aplicarán de acuerdo a las cantidades establecidas en la carátula de la Póliza.

- b) Para la reclamación por cesárea, tanto en Pago Directo como Reembolso se aplicará un Deducible de 10 SMGV CDMX.
- c) En cirugía de Nariz y/o Senos Paranasales a consecuencia de un Accidente, tanto en Pago Directo como Reembolso, se aplicará un Coaseguro de 50%.
- d) En gastos complementarios tramitados vía Reembolso se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la Póliza.

27. Pagos Improcedentes

Será toda aquella indemnización realizada indebidamente por la Compañía a consecuencia de desconocimiento de un movimiento de baja o cualquiera otra circunstancia, obligando al Contratante, Asegurado y/o Beneficiario a reintegrar el total del importe recibido con motivo de alguna reclamación directamente a la Compañía sin necesidad de requerimiento judicial.

28. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un Interés Moratorio de conformidad con el art. 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

29. Cancelación

Esta Póliza será cancelada en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si el Contratante no realiza el pago de la prima respectiva dentro del plazo convenido.
- b) Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la Vigencia durante este período. En caso contrario se devolverá el total de la prima pagada siempre y cuando no exista un siniestro abierto.

30. Terminación Anticipada

En esta cláusula el Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el presente contrato está regido por el principio de la Buena Fe y suscrito bajo el mismo.

En ese contexto, el Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su Vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el Contrato de Seguro documentado en la presente Póliza, según se identifica en la carátula de la misma y cuando, del análisis de las informaciones o la documentación que presenten para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, situación o circunstancia inherente al siniestro correspondiente, se pueda mostrar que, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario, los Representantes de éstos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, participe en tales hechos, con la finalidad de hacer incurrir a la Compañía en error, altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este contrato asume la Compañía, tales como:

- a) Disimular o declarar, falsa o inexactamente, cualquiera de dichos hechos; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del siniestro; 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.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante, al Asegurado y al Beneficiario del seguro la terminación anticipada del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los Representantes de éstos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro terminado anticipadamente, desde tal momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de

cualquier otro tipo, relacionados con la reclamación que motivó la terminación anticipada del Contrato, así como de las derivadas del siniestro que, con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

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, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y siniestros que se hubieren presentado y reclamado válidamente y sean distintos a la que motivó la terminación anticipada del Contrato.

Lo mismo se observará en el caso de que el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario 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 terminación, pero reintegrará al Contratante o Asegurado, según corresponda, la parte que, en las circunstancias descritas, se deje de devengar.

31. Rescisión por Agravación Esencial del Riesgo

En caso de Agravación Esencial del Riesgo, el Contratante se encuentra obligado dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que la conozca a hacerla del conocimiento de la Compañía, en caso de no hacerlo la Compañía podrá dar por rescindido el contrato en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la resolución del Contrato de Seguro a los 15 días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva.

La Compañía deberá devolver 60% de la Prima no devengada. Esta resolución no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

32. Obligación del Contratante

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada definida en el contrato. Asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos del contrato para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características dentro de los 30 días siguientes a que las reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al Contratante, comunicado con 30 días de anticipación.

En el caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de las personas deberá ser en los primeros 30 días de Vigencia de la Póliza.

XI. Tabla de Hospitales por Estado y Ciudad

El listado de los Hospitales puede consultarse en la página de Internet <https://axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios>

Dicho conjunto de Hospitales podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Introducción

Para aplicar la tabla de intervenciones quirúrgicas, se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El pago de los procedimientos terapéuticos correspondientes a este listado procederá siempre y cuando dicha intervención quirúrgica quede cubierta por las condiciones especificadas en la Póliza.
2. Para cada intervención quirúrgica u otro procedimiento señalado en esta tabla, el pago máximo será el porcentaje establecido en el inciso correspondiente.
3. Las cantidades de este catálogo incluyen los honorarios del cirujano.
4. Las intervenciones quirúrgicas que no se encuentren en este catálogo, se valuarán en similitud a las comprendidas en él.
5. Cuando se efectúen dos o más intervenciones en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará aquella de las intervenciones efectuadas que tenga el porcentaje más elevado o una de ellas si los porcentajes son iguales.
6. Si en la misma intervención se realizan dos o más operaciones en diferente campo quirúrgico, se pagará el 100% de la que tenga el valor más alto, más el 50% de la o las siguientes.
7. Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, o en tiempos quirúrgicos sucesivos, se aplicará la tabla para cada cirujano en forma individual. En el caso de los pacientes politraumatizados, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos 5 y 6.

Cirugía abdominal y del aparato digestivo	%
Absceso hepático tratado por laparotomía	37%
Absceso pancreático, tratamiento quirúrgico	40%
Absceso subfrénico, tratamiento quirúrgico	29%
Adrenalectomía	40%
Anastomosis colecisto, colédoco o hepático digestiva	49%
Anastomosis esplenorrenal	57%
Anastomosis mesocava	57%
Anastomosis porto cava	57%
Apendicetomía	30%
Apendicetomía por laparoscopia	35%
Apendicetomía con drenajes	35%
Biopsia hepática por laparotomía	30%
Biopsia hepática por punción	9%
Cardiomiectomía	37%
Cierre de colostomía	29%
Cierre de colostomía con coló anastomosis	37%
Cirugía de canales biliares	37%

Cirugía abdominal y del aparato digestivo	%
Colangio, pancreatografía transduodenoscópica	25%
Colecistectomía	44%
Colecistectomía y coledocostomía	55%
Colecistectomía transendoscópica	55%
Colecistostomía	35%
Coledocoscopia retrógrada	20%
Colectomía parcial	55%
Colectomía total	70%
Colon, resección abdominoperineal	70%
Colonoscopia	11%
Coloproctoanastomosis	51%
Colostomía	33%
Cuerpo extraño en esófago, extracción	15%
Derivaciones bilio, intestinales	51%
Desvascularización para-esófago-gástrica, esplenectomía, vagotomía y piloroplastía en hipertensión portal hemorrágica	75%
Diálisis peritoneal aguda	15%
Diálisis peritoneal intermitente	11%
Diálisis peritoneal ambulatoria	11%
Divertículo de Meckel	33%
Divertículo esofágico	45%
Entero-enteroanastomosis	34%
Escleroterapia transendoscópica de várices esofágicas	20%
Esfinterotomía endoscópica de ampula de Vater	37%
Esofagogastroduodenoscopia	11%
Esofagomiotomía (Heller)	28%
Esfinteroplastía transduodenal	39%
Esofagectomía	60%
Esofagogastrectomía por cáncer fúndico	85%
Esofagoplastía, cirugía mayor y reconstructiva esófago	70%
Esofagoscopia	7%
Esplenectomía	45%
Esplenorrafia	51%
Estenosis esofágica, tratamiento completo por dilataciones	25%
Eventración de la pared abdominal	28%
Exploración pancreática por tumores endocrinos	45%
Fotocoagulación con rayo láser en hemorragias	20%
Funduplicación tipo Nissen	42%
Funduplicación tipo Nissen por laparoscopia	47%
Gastrectomía parcial	51%
Gastrectomía total	55%
Gastrectomía radical por cáncer	80%

Cirugía abdominal y del aparato digestivo	%
Gastroenteroanastomosis	37%
Gastroscofia	11%
Gastrostomía, duodenostomía, ileostomía, cecostomía, colostomía	33%
Gastrostomía endoscópica percutánea	26%
Hepatectomía derecha	80%
Hernia crural	26%
Hernia diafragmática	42%
Hernia inguinal	26%
Hernia inguinal con orquidopexia	30%
Hernia inguinal, reoperación	28%
Hernia umbilical	26%
Interposición de colon o yeyuno	70%
Laparotomía exploradora	33%
Litotripsia extracorpórea en cálculos de las vías biliares por tratamiento completo terminado	40%
Lobectomía hepática, resección segmentaria	53%
Operación de Whipple	70%
Páncreas, tratamiento de pseudoquiste	37%
Pancreatectomía parcial	53%
Pancreatectomía total	70%
Pancreatitis necrohemorrágica	50%
Pancreatografía retrograda	20%
Perforación esofágica	45%
Peritoneoscopia	15%
Piloromiotomía	30%
Piloroplastía	30%
Punción evacuadora de cavidad peritoneal	10%
Reparación de ano contra natura o fístulas de vísceras abdominales a la piel	28%
Reconstrucción estenosis cicatrizal conductos biliares	67%
Resección del intestino delgado	45%
Ruptura traumática del hígado	55%
Sigmoidoscopia	9%
Síndrome de vaciamiento rápido, cirugía del mismo	55%
Úlcera perforada de estómago o duodeno	42%
Vagotomía y drenaje complementario	45%
Cirugía cardiovascular	%
Anastomosis espleno-renal o porto-cava	65%
Aneurisma de aorta abdominal	65%
Aneurisma de aorta torácica	80%
Aneurisma de axilar, braquial por incisión en el brazo	70%
Aneurisma de carótida o subclavia por incisión cuello	70%
Aneurisma de femoral profunda	70%

Cirugía cardiovascular	%
Aneurisma de iliacas	45%
Aneurisma de poplítea	37%
Aneurisma de subclavia por toracotomía	45%
Aneurisma ventricular	99%
Angiografía coronaria	25%
Angioplastia coronaria	48%
Aortografía por cateterismo	15%
Aortografía translumbar	11%
Aplicación de filtro en vena cava inferior	28%
Arteriografía cerebral	28%
Arteriografía periférica bilateral	11%
Arteriografía periférica unilateral	8%
Arteriografía en abdomen	50%
Arteriografía en cuello	45%
Arteriografía en extremidades	40%
Arteriografía en tórax	50%
Cardioversión	9%
Cateterismo cardiaco	28%
Cirugía de corazón sin circulación extracorpórea	65%
* Primer Ayudante	24%
* Segundo Ayudante	16%
* Intensivista	28%
* Instrumentista	11%
* Anestesiólogo	24%
*Estos porcentajes se aplicarán independientes a los del cirujano	
Cirugía de corazón con bomba extracorpórea	90%
* Primer Ayudante	24%
* Segundo Ayudante	16%
* Técnico de bomba extracorpórea	28%
* Intensivista	28%
* Instrumentista	11%
* Anestesiólogo	24%
*Estos porcentajes se aplicarán independientes a los del cirujano	
Coartación de la aorta	65%
Comisurotomía mitral, pulmonar, aórtica (cerrada)	65%
Derivación axilo, femoral	65%
Embolectomía aórtica	50%
Embolectomía o endarterectomía de grandes vasos	50%
Embolectomía o endarterectomía de vasos medianos y pequeños	45%
Embolectomía periférica bilateral	45%
Embolectomía periférica unilateral	40%
Embolectomía o trombectomía de vena cava o iliaca por laparatomía	55%

Cirugía cardiovascular	%
Escalenotomía bilateral	40%
Escalenotomía unilateral	30%
Fístula arterio-venosa externa	35%
Fístula arterio-venosa con puente de safena interna	42%
Fístula arterio-venosa interna en brazo o tobillo	37%
Fístula arterio-venosa intraabdominal	45%
Fístula arterio-venosa intratorácica	45%
Flebotomía abdominal	45%
Flebotomía en cuello	45%
Flebotomía en extremidades	28%
Flebotomía en tórax	45%
Injertos aorto-femoral bilateral	70%
Injertos aorto-femoral unilateral	60%
Injertos aorto-renal bilateral	70%
Injertos aorto-renal unilateral	60%
Injertos arteriales de vasos medianos y pequeños	50%
Injertos de piel en úlceras isquémicas o venosas	28%
Injertos o implantes arteriales de grandes vasos	70%
Injertos venosos	45%
Instalación de catéter de Swanganz	15%
Intervenciones quirúrgicas sobre corazón o grandes vasos de pedículo	90%
Ligadura, sutura, plicatura o pinzamiento de vena cava inferior	55%
Ligadura de vena safena interna	25%
Ligadura de venas perforantes insuficientes	33%
Ligadura de arterias carótidas o subclavias	37%
Marcapaso con toracotomía	60%
Marcapaso endocárdico permanente	28%
Marcapaso endocárdico transitorio	20%
Marcapaso permanente con electrodo epicárdico por toracotomía	60%
Marcapaso permanente con electrodo transvenoso	20%
Marcapaso permanente, extracción	10%
Marcapaso temporal con electrodo transvenoso	12%
Marcapaso transvenoso unicameral ventrículo	28%
Marcapaso transvenoso unicameral o bicameral aurícula	33%
Pericardiectomía	45%
Pericardiocentesis	17%
Pericardiostomía	33%
Puente aorto-coronario, uno o varios vasos	90%
Puente aorto-femoral o aorto-iliaca	55%
Puente aorto-celiaco, mesentérico o renal	55%
Puente arterial carotídeo, subclavio o axilar	55%
Puente arterial femoro-femoral	55%

Cirugía cardiovascular	%
Puente arterial iliaca-femoral	60%
Reemplazo o reparación valvular simple o múltiple	90%
Reparación de defecto septal auricular	90%
Reparación de defecto septal ventricular	90%
Resección de fístula arterio-venosa periférica	30%
Resección de hemangiomas cavernosos múltiples	35%
Safenectomía bilateral	55%
Safenectomía unilateral	42%
Sección y sutura de conducto arterioso	45%
Simpatectomía cérvico torácica bilateral	40%
Simpatectomía cérvico torácica unilateral	28%
Simpatectomía lumbar bilateral	53%
Simpatectomía lumbar unilateral	40%
Toracocentesis	10%
Trasplante venoso	55%
Tromboendarterectomía aorto-abdominal	53%
Tromboendarterectomía aorto-iliaca combinada	53%
Tromboendarterectomía axilar-braquial	37%
Tromboendarterectomía carótida, vertebral, subclavia, por incisión en cuello	45%
Tromboendarterectomía femoral profunda	40%
Tromboendarterectomía femoral y/o poplítea y/o tibio perineal	40%
Tromboendarterectomía iliaca	40%
Tromboendarterectomía innominada, subclavia, por toracotomía	55%
Tromboendarterectomía mesentérica, celíaca o renal	55%
Tumor carotídeo	55%
Valvuloplastia con derivación cardiopulmonar	90%
Venografía de miembros	11%
Venografía de venas cavas	20%
Cirugía general	%
Absceso subcutáneo, canalización	5%
Biopsia de piel	5%
Circuncisión	15%
Circuncisión recién nacido (campana)	7%
Cirugía de glándula submaxilar	30%
Cirugía en parótida	37%
Excisión tumor cuerpo carotídeo	50%
Ganglios de cuello, resección	11%
Ganglios superficiales, resección	7%
Heridas, sutura de 12.5 a 20 cms.	7%
Heridas, sutura de más de 20 cms.	9%
Heridas, sutura de menos de 12.5 cms.	5%
Cuando se trate de heridas en cara o manos agregar un 50% a los porcentajes anteriores. Lo mismo en injertos y extirpación de lesiones.	50%

Cirugía general	%
Injertos cutáneos libres superficiales hasta de 10 cms.	15%
Injertos cutáneos libres superficiales mayores	30%
Instalación de catéter de Hickman	7%
Instalación de catéter Port-a-Cath	13%
Instalación de catéter de Tenckhoff	15%
Lipomas, extirpación para lesiones de hasta 2 cc.	5%
Medula ósea, biopsia	8%
Paratiroidectomía	42%
Parotidectomía	42%
Pilonidal, extirpación de quiste	20%
Quiste branquial	28%
Sebáceo, extirpación de quiste	3%
Tirogloso, extirpación de quiste	28%
Tiroidectomía con disección radical del cuello	63%
Tiroidectomía unilateral	37%
Tiroidectomía bilateral	51%
Tiroides, extirpación de nódulo o quiste	28%
Uña (una o más) extirpación	2%
Verruga o nevó, extirpación	4%
Cirugía ginecológica y obstétrica	%
Amputación cuello uterino	20%
Amputación cuello uterino con fijación ligamentos Mackenrodt cara anterior, útero y perineoplastia	30%
Bartholin debridación	7%
Bartholin extirpación glándula	15%
Biopsia cuello uterino	5%
Biopsia endometrio	7%
Cesárea	34%
Colporrafia anterior	26%
Colporrafia anterior y posterior	28%
Colpotomía posterior	15%
Conización cuello útero	15%
Culdoscopia	11%
Ectropión meato urinario fulguración	7%
Ectropión meato urinario resección	15%
Embarazo ectópico	30%
Extirpación tumores benignos de mama	20%
Fístula recto vaginal	28%
Fístula vésico uterina	28%
Fístula vésico vaginal	28%
Fulguración cuello uterino	7%
Histerectomía abdominal	38%

Cirugía ginecológica y obstétrica	%
Histerectomía ampliada con linfadenectomía Wertheim	50%
Histerectomía vaginal por prolapso con perineoplastia	60%
Histeroscopia	11%
Laparoscopia diagnóstica	15%
Lgrado biopsia	15%
Lgrado por aborto	15%
Miomectomía única o múltiple	30%
Miomectomía por laparoscopia	45%
Ooforectomía unilateral	27%
Ooforectomía bilateral	29%
Operación Marshall Marchetti	30%
Perineoplastia	28%
Resección nervio pre-sacro	28%
Salpingectomía unilateral	28%
Salpingectomía bilateral	33%
Tratamiento desgarró cuello uterino	11%
Tratamiento incontinencia cuello uterino (Espinosa o Shirodkar)	20%
Tratamiento obstrucciones tubarias	33%
Tratamiento ovario poliquístico y quistes benignos de ovario	27%
Tratamiento pólipo cervical vía vaginal	15%
Tratamiento quirúrgico endometriosis	35%
Tumor benigno de vulva o vagina	17%
Uteropexia	28%
Vulvectomy	50%
Cirugía neurológica	%
Angiografía cerebral unilateral	22%
Angiografía cerebral bilateral	28%
Bloqueo lumbar paravertebral	20%
Bloqueo nervios periféricos	20%
Bloqueo de ganglio estelar	20%
Cordotomía	15%
Craneotomía con ventriculografía	60%
Craneotomía para extirpación de tumor	98%
Craneotomía para absceso cerebral	75%
Craneotomía por hematoma sub-dural	75%
Derivación ventrículo atrial o ventrículo peritoneal	65%
Esterotaxia (epilepsia, Parkinson)	65%
Fractura de cráneo simple, tratamiento quirúrgico	40%
Fractura de cráneo compleja o conminuta, manejo quirúrgico	65%
Fractura de cráneo con reparación de dura o cerebro	75%
Ganglio de Gasser, infiltración	10%
Ganglio de Gasser, resección	65%

Cirugía neurológica	%
Hernia discal	50%
Laminectomía descompresiva	50%
Laminectomía por tumor medular	60%
Lobotomía unilateral	65%
Lobotomía bilateral	75%
Melografía	24%
Sección de nervios craneales	70%
Neumoencefalografía	28%
Neurorrafia de nervios periféricos	33%
Punción cisternal o lumbar	5%
Retiro de válvula ventrículo atrial o ventrículo peritoneal	15%
Simpatectomía cérvico-torácica unilateral	37%
Simpatectomía cérvico-torácica bilateral	45%
Simpatectomía lumbar, unilateral	33%
Simpatectomía lumbar, bilateral	42%
Vasculares intracraneanas, tratamiento quirúrgico de las malformaciones	98%
Cirugía oftalmológica	%
Blefaroplastia	20%
Capsulotomía quirúrgica posterior	12%
Capsulotomía por rayo láser	12%
Cierre de punto lagrimal	5%
Colocación de tubo de silastic en vía lagrimal	11%
Corrección de ptosis palpebral	37%
Corrección quirúrgica de exoftalmos	30%
Curetaje de chalazión	4%
Dacriocistorrinostomía	20%
Dacriocistectomía	15%
Enucleación de un ojo	25%
Enucleación con prótesis integrada	30%
Epiqueratofaquia	50%
Esclerectomía con o sin iridectomía	20%
Estrabismo tratamiento quirúrgico	40%
Extracción intracapsular de catarata	30%
Extracción extracapsular de catarata	30%
Extracción intracapsular de catarata con implante de lente intraocular	35%
Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular	35%
Extracción cuerpo extraño intraocular o intraorbitario	30%
Extracción de cuerpo extraño corneal	4%
Extirpación de pterigión	14%
Extirpación de pterigión con injerto de mucosa labial	18%
Extirpación de tumores de los párpados	15%
Extirpación de tumores de la glándula lagrimal	15%

Cirugía oftalmológica	%
Extirpación de tumores del globo ocular	45%
Extirpación de tumores de la órbita	45%
Fotocoagulación de un sector de la retina	15%
Fotocoagulación con rayo láser	25%
Goniotomía	15%
Goniopuntura	15%
Iridectomía o iridotomía	20%
Lensectomía extracapsular	25%
Operación filtrante anti-glaucomatosa	40%
Orbitotomía para derivación de grasa orbitaria	30%
Panfotocoagulación	25%
Procedimiento triple trasplante de córnea, extracción de catarata, colocación de lente intraocular	65%
Queratomileusis	50%
Queratotomía radial	30%
Rotación quirúrgica de la córnea	30%
Sondeo de vía lagrimal	5%
Codo	42%
Muñeca	42%
Metacarpofalángicas	33%
Interfalángicas mano	20%
Cadera	74%
Rodilla	42%
Tobillo	28%
Tarso (triple artrodesis, subastragalina y demás tarso)	5%
Metatarsofalángicas	37%
Interfalángicas pie	20%
• Artroplastías	
Hombro	42%
Codo	42%
Muñeca	42%
Metacarpofalángicas	36%
Interfalángicas mano	32%
Cadera (hemiarthroplastía) (prótesis parcial)	74%
Cadera (prótesis total)	84%
Cadera (prótesis total más acetabuloplastía)	88%
Rodilla	45%
Tobillo	37%
Metatarsofalángicas	37%
Interfalángicas pie	33%
Hallux valgus unilateral	25%
Hallux valgus bilateral	35%

• Artrotomías	
Hombro	20%
Codo	17%
Muñeca	17%
Cadera	25%
Sutura de herida corneal	20%
Sutura de herida corneal con hernia de iris	25%
Sutura de herida corneoescleral	20%
Sutura de herida corneoescleral con tratamiento en tejido uveal y vitrectomía	45%
Trabeculectomía	25%
Trabeculotomía	20%
Trabeculectomía con iridencleisis	27%
Trabeculoplastia con rayo láser	27%
Trasplante de córnea	60%
Trasplante de córnea con lente intra-ocular	60%
Trasplante laminar de la córnea	50%
Tratamiento quirúrgico de la distiquiasis	12%
Tratamiento quirúrgico de desprendimiento de retina	40%
Vitrectomía	40%
Vitrectomía con lensectomía	50%
Cirugía ortopédica y traumatológica	
	%
• Amputaciones	
Brazo	28%
Antebrazo	37%
Metacarpales	24%
Falanges manos	20%
Muslo	35%
Pierna	37%
Metatarsales	33%
Falanges pie	24%
• Artrodesis	
Columna vertebral (vía anterior)	74%
Columna vertebral (vía posterior)	65%
Hombro	42%
Codo	42%
Muñeca	42%
Metacarpofalángicas	33%
Interfalángicas mano	20%
Cadera	74%
Rodilla	42%
Tobillo	28%
Tarso (triple artrodesis, subastragalina y demás tarso)	5%
Metatarsfalángicas	37%
Interfalángicas pie	20%

• Artroplastías	
Hombro	42%
Codo	42%
Muñeca	42%
Metacarpofalángicas	36%
Interfalángicas mano	32%
Cadera (hemiartroplastía) (prótesis parcial)	74%
Cadera (prótesis total)	84%
Cadera (prótesis total más acetabuloplastía)	88%
Rodilla	45%
Tobillo	37%
Metatarsofalángicas	37%
Interfalángicas pie	33%
Hallux valgus unilateral	25%
Hallux valgus bilateral	35%
• Artrotomías	
Hombro	20%
Codo	17%
Muñeca	17%
Cadera	25%
Rodilla	20%
Tobillo	17%
Articulaciones menores	13%
• Biopsias óseas	
Biopsia por punción	11%
Biopsia abierta	20%
• Capsulotomías	
Hombro	20%
Codo	17%
Muñeca	17%
Cadera	25%
Rodilla	20%
Tobillo	17%
Articulaciones menores	13%
• Desarticulaciones	
Hombro	37%
Metacarpofalángicas	8%
Interfalángicas mano	8%
Hemipelviectomía	84%
Cadera	45%
Rodilla	29%
Metatarsofalángicas	50%
Interfalángicas pie	9%

• Epifisiolistesis	
– Húmero proximal	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción manual, transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	
– Radio y cubito proximal o distal	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción manual transfixión esquelética e inmovilización externa	24%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%
– Femoral proximal	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción manual transfixión esquelética e inmovilización externa	28%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%
– Femoral distal	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción manual transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	24%
– Tibial proximal o distal	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción manual transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	24%
• Fracturas	
– Columna cervical	
Reducción por maniobras externas y corset enyesado	24%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
– Columna torácica	
Reducción por maniobras y corset enyesado	17%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
– Columna lumbar	
Reducción por maniobras externas y corset enyesado	20%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
– Clavícula	
Reducción por maniobras externas y vendaje	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	20%
– Escápula	
Reducción manual e inmovilización externa	15%
Reducción cruenta y osteosíntesis	30%
– Húmeroepifisiarias o metafisiarias proximal o distal	
Reducción manual e inmovilización externa	15%
Reducción manual, transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%

– Húmero diafisiarias	
Reducción manual e inmovilización externa	15%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%
– Cubito y/o radio epifisiarias o metafisiarias proximal o distal	
Reducción manual e inmovilización externa	15%
Reducción manual, transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%
– Cubito y/o radio diafisiarias	
Reducción manual e inmovilización externa	15%
Reducción manual, transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%
– Muñeca (colles, smith, etc.)	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción manual, transfixión esquelética e inmovilización externa	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	24%
– Carpo	
Reducción manual e inmovilización externa	17%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%
– Metacarpales	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	19%
– Falanges mano	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	15%
– Pelvis (acetábulo)	
Pilar o columna anterior	37%
Pilar o columna posterior	45%
– Pelvis (alerón, sacro o iliaco)	
Reducción manual y/o hamaca, tracción esquelética o calot	19%
Reducción cruenta y osteosíntesis	37%
– Fémur (cuello del)	
Fijación in situ con tornillos y/o placa angulada	33%
Reducción mecánica y osteosíntesis	37%
Reducción mecánica, osteotomía valguizante y osteosíntesis	45%
– Trocantéricas	
Reducción manual, tracción esquelética y/o calot	24%
Reducción cruenta y osteosíntesis	37%
– Subtrocantéricas	
Reducción manual, tracción esquelética y/o calot	19%
Reducción cruenta y osteosíntesis	37%
– Femorales diafisiarias	
Reducción manual, tracción esquelética y/o calot	24%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%

– Femorales supracondileas	
Reducción tracción esquelética y/o calot	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	
– Femorales condileas y/o intercondileas	
Reducción tracción esquelética y/o calot	24%
Reducción cruenta y osteosíntesis	45%
– Rótula	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	40%
– Tibia, epifisis y metafisis proximal	
Reducción manual e inmovilización externa	11%
Reducción cruenta y osteosíntesis	30%
– Tibia diafisiarias	
Reducción manual e inmovilización externa	18%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%
– Tobillo	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%
– Tarso (calcáneo, astrálogo, escafoides, cuboides y cuñas)	
Reducción manual y/o transfixión esquelética y molde de yeso	15%
Reducción cruenta y osteosíntesis	24%
– Metatarsales	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta y osteosíntesis	17%
– Falanges pie	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta y osteosíntesis	17%
Retiro de clavos centromedulares	20%
Para el retiro de material de osteosíntesis, se tabulará el de la osteosíntesis correspondiente	30%
– Fracturas maxilofaciales	
Fracturas alveolares simples (inmovilización)	8%
Compuesta, con plastía de mucosa ósea	11%
Fractura de mandíbula simple (inmovilización)	9%
Simple (inmovilización y osteosíntesis)	17%
Compuesta (inmovilización y osteosíntesis)	21%
Fracturas faciales: Lefort I	37%
Lefort II	41%
Lefort III	50%
Fracturas de complejo cigomático malar, arco cigomático	20%
Fractura malar simple	9%
Reducción abierta	17%
Reducción abierta e injerto	19%
Cigomático malar compuesta, con pérdida de substancia en piso de órbita	34%

Artroplastía temporo-mandibular	17%
Artroplastía temporo-mandibular bilateral	24%
• Fracturas, luxaciones	
– Columna cervical	
Reducción por maniobras externas y corset enyesado	20%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
– Columna torácica	
Reducción por maniobras externas y corset de yeso	25%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
- Columna lumbar y lumbosacra	
Reducción por maniobras externas y corset enyesado	24%
Reducción cruenta y artrodesis (vía anterior)	65%
Reducción cruenta y artrodesis (vía posterior)	50%
– Coxis	
Reducción por maniobras rectales	8%
Resección cruenta	17%
– Hombro	
Reducción por maniobras externas	17%
Reducción cruenta y osteosíntesis	33%
– Codo	
Reducción por maniobras externas	12%
Reducción cruenta y osteosíntesis	25%
– Muñeca, radiocarpiana y/o carpometacarpal	
Reducción manual e inmovilización externa	12%
Reducción cruenta, osteosíntesis y artrodesis	25%
– Metacarpofalángicas	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis y artrodesis	19%
– Interfalángicas mano	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta, osteosíntesis y artrodesis	19%
– Cadera	
Reducción manual y tracción esquelética y/o calot	20%
Reducción cruenta y osteosíntesis	37%
– Rodilla	
Reducción manual e inmovilización externa	12%
Reducción cruenta y osteosíntesis	40%
– Tobillo	
Reducción manual e inmovilización externa	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	28%

– Tarso (calcáneo, astrálogo, escafoides, cuboides y cuñas)	
Reducción manual y/o transfixión esquelética y molde de yeso	9%
Reducción cruenta y osteosíntesis	20%
– Metatarsofalángicas	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta y osteosíntesis	14%
– Interfalángicas pie	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta y osteosíntesis	14%
• Luxaciones puras (aisladas)	
– Esternoclavicular	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta y plastía	24%
– Acromioclavicular	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Resección extremo lateral clavícula	17%
Reducción cruenta y plastía	20%
– Hombro (escapulohumeral)	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta (luxación inveterada)	33%
Luxación recidivante (tratamiento quirúrgico)	28%
– Codo	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta	24%
– Muñeca	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta	23%
– Metacarpofalángicas	
Reducción manual e inmovilización externa	8%
Reducción cruenta	17%
– Interfalángicas	
Reducción manual e inmovilización externa	3%
Reducción cruenta	9%
– Cadera	
Reducción manual y tracción esquelética y/o calot	20%
Reducción cruenta y tracción esquelética y/o calot	24%
Reducción cruenta (luxación inveterada)	37%
– Rodilla	
Reducción manual e inmovilización con molde de yeso	13%
Reducción cruenta y plastía ligamentaria	34%
– Rótula	
Reducción manual e inmovilización con molde de yeso	12%
Luxación recidivante (cirugía con osteotomía)	33%

– Tobillo	
Reducción manual e inmovilización con molde de yeso	9%
Reducción cruenta y plastía capsulo-ligamentaria	28%
– Tarso, metatarsofalángicas e interfalángicas	
Reducción manual e inmovilización con molde de yeso	7%
Reducción cruenta y plastía cápsulo-ligamentaria	20%
– Misceláneos	
Alineación rótula por artroscopía	38%
Artroscopías para diagnóstico	10%
Bursitis (resección)	15%
Condromalacia, tratamiento con limpieza articular por artroscopía	20%
Costilla cervical (resección)	22%
Costilla cervical bilateral, resección	31%
Cuadriceplastía	20%
Curetajes	45%
Para los curetajes se aplicará el del porcentaje estipulado para la osteosíntesis del área correspondiente	
Desgarros mioaponeuróticos	18%
Escalenotomía unilateral	20%
Escalenotomía bilateral	30%
Exostosis osteocartilaginosa	32%
Fasciotomías	15%
Injertos tendinosos	20%
Meniscectomía rodilla	30%
Meniscectomía por artroscopía	36%
Nervio mediano (liberación)	15%
Osteotomías correctivas	
Igual porcentaje al correspondiente a las osteosíntesis en fracturas	
Plastías ligamentos hombro	25%
Plastías ligamentos rodilla	33%
Plastías ligamentos tobillo	25%
Pseudoartrosis del porcentaje correspondiente a la osteosíntesis en las fracturas	40%
Quiste sinovial muñeca (ganglión)	8%
Quistes sinoviales rodilla (Baker)	15%
Secuestrectomías con raspas «seas»	30%
Sinovectomías	20%
(Articulaciones menores)	
(Codo, muñeca)	30%
Sinovectomías (articulaciones mayores)	30%
(Rodilla, cadera)	
Tenolisis (liberaciones tendinosas)	9%
Tenorrrias	20%
Tracciones continuas (cutánea, sin osteosíntesis asociada)	5%
Tracciones continuas (esqueléticas, sin osteosíntesis asociada)	8%

Transferencias tendinosas y/o tenodesis	20%
Tumores musculares (resección)	20%
Cirugía otorrinolaringológica	%
Adenoidectomía	18%
Amigdalectomía	22%
Adenoidectomía y amigdalectomía	25%
Adenoamigdalectomía con colocación de tubos de ventilación	33%
Antrotomía intranasal unilateral	7%
Antrotomía intranasal bilateral	10%
Caldwell-luc bilateral	25%
Caldwell-luc unilateral	22%
Canalización de la caja del tímpano en otitis secretoras	5%
Cirugía funcional de pirámide y séptum nasal	30%
Cirugía funcional del séptum nasal	25%
Cornetes, resección	10%
Descompresión quirúrgica del nervio facial	40%
Estapedectomía	40%
Etmoidectomía cada lado	20%
Extracción de cuerpos extraños de hipofaringe y laringe	7%
Fractura nasal, reducción maniobras	11%
Fractura nasal, reducción quirúrgica	30%
Glándulas salivales, sondeo y dilatación de canales excretores	6%
Injerto de nervio facial	32%
Laberintectomía	40%
Labio leporino, tratamiento completo	25%
Laringe, biopsia	20%
Laringe, extirpación de tumor de cuerdas vocales vía abierta	32%
Laringectomía	40%
Laringectomía con disección radical de ganglios del cuello	50%
Mastoidectomía radical	35%
Mastoidectomía simple	30%
Mastoidectomía con timpanoplastía	35%
Maxilar superior, resección total o parcial	45%
Menière, aplicación de ultrasonido o criocirugía transantral	20%
Microcirugía laríngea, cualquier procedimiento endoscópico	35%
Neurinoma del octavo par por vía translaberíntica	47%
Paladar hendido, tratamiento completo	27%
Plastía del pabellón del oído una o varias sesiones	27%
Pólipos nasales una o varias intervenciones	15%
Revisión quirúrgica del oído medio	15%
Timpanoplastía simple, tipo	38%
Timpanoplastía otros tipos	20%
Tumores malignos de la boca	25%

Cirugía pediátrica	%
Atresia esofágica, tratamiento quirúrgico	40%
Atresia de vías biliares, tratamiento quirúrgico	70%
Defectos diafragmáticos en el recién nacido	50%
Enterocolitis necrotizante, tratamiento quirúrgico	60%
Exsanguíneotransfusión	12%
Frenilectomía	11%
Genitales ambiguos, tratamiento quirúrgico	70%
Malformaciones ano-rectales	50%
Onfalocele	33%
Plastía de pared abdominal en el recién nacido	48%
Reflujo gastro-esofágico, tratamiento quirúrgico	45%
Reimplante ureteral unilateral	34%
Reimplante ureteral unilateral con plastía	68%
Cirugía proctológica	%
Absceso isquiorrectal	12%
Absceso isquiorrectal con fistulectomía profunda	20%
Absceso perianal superficial	5%
Biopsia del recto y esfínter anal	5%
Colonoscopia	11%
Excisión de condilomas anoperianales	12%
Excisión de condilomas rectales	12%
Fistulectomía superficial	12%
Fistulectomía profunda	20%
Fisurectomía (plastía anal)	18%
Hemorroidectomía	25%
Ligadura de hemorroides internas (por paquete)	5%
Papilectomía y/o criptectomía	15%
Plastía anal, tratamiento estenosis	20%
Plastía rectoanal (prolapso rectal)	25%
Rectoscopia (hospital)	2%
Resección de quiste pilonidal	20%
Resección transrectal de adenoma vellosa	15%
Resección transrectal de pólipos	15%
Sigmoidoscopia (hospital)	5%
Tratamiento quirúrgico de fístula rectovaginal	25%
Tratamiento quirúrgico de incontinencia anal con esfinteroplastia	25%
Tumores benignos del ano y recto (extirpación)	12%

Cirugía en quemaduras	%
* Limpieza y tratamiento de quemaduras de segundo y tercer grado, hasta 9% de la superficie corporal	15%
* Superficies mayores por cada 9% excedente de la superficie corporal	11%
* Aplicación de injertos dermoepidérmicos para quemaduras hasta el 9% de extensión	25%
* Superficies mayores por cada 9% de excedente de superficie de injertos	15%
* Cirugía reconstructiva por secuelas de quemadura en cara o manos	25%
* Colocación de expansores tisulares para secuelas de quemaduras u otro concepto:	
Primer tiempo: colocación de expansor	20%
Segundo tiempo: extracción y reconstrucción	30%
El pago por diversas operaciones para tratamiento de quemaduras múltiples no excederá en ningún caso del 100%	100%
Cirugía reconstructiva	%
Cirugía funcional de pirámide y séptum nasal	30%
Cirugía funcional de séptum nasal	25%
Dermoabrasión facial	11%
Exoftalmos, corrección quirúrgica	30%
Fractura mandibular, alveolar y parasinfisiaria	30%
Fractura del complejo cigomático malar	20%
Fractura del complejo cigomático malar con pérdida de continuidad del piso de órbita	34%
Fracturas faciales: Lefort I	37%
Fracturas faciales: Lefort II	41%
Fracturas faciales: Lefort III	50%
Fractura malar simple	9%
Fractura nasal, reducción maniobras	11%
Fractura nasal, reducción quirúrgica	30%
Fracturas panfaciales	60%
Gangliones, resección	11%
Gigantomastia (más de gr. de resección)	35%
Ginecomastia	20%
Heridas simples	9%
Hipospadias (cada tiempo)	27%
Injerto tendinoso	30%
Neurorrafia	30%
Otoplastia	25%
Palatina, cierre de fístula	25%
Plastia de dedos por amputación parcial	25%
Plastia en polidactilia	25%
Plastia en sindactilia	25%
Plastia en uretra	30%

Cirugía reconstructiva	%
Ptois palpebral congénita	30%
Reconstrucción de ceja, párpados, nariz, labios, mentón o pabellón auricular	25%
Resección de cicatrices menores de 10 cms.	7%
Resección de cicatrices mayores de 10 cms.	12%
Reconstrucción de labio hendido	25%
Reconstrucción de labio y paladar hendido:	25%
Primer tiempo: queiloplastia, corrección nasal, colgajo vomeriano	25%
Segundo tiempo: palatoplastia, faringoplastia	25%
Primero y segundo tiempo en una sola sesión quirúrgica	40%
Reconstrucción de paladar hendido	25%
Reconstrucción de mama, postmastectomía	55%
Reconstrucción de mano con anomalías congénitas	35%
Reconstrucción de vagina	35%
Reconstrucción de complejo areola pezón	20%
Reconstrucción de escroto y cubierta cutánea de pene, postraumática	25%
Cada tiempo	
Reconstrucción de pene	40%
Cada tiempo	
Reimplante de dedos (cada uno)	70%
Reimplante de miembros	98%
Regularización de muñones en amputaciones por machacamiento	15%
Resección de tumoraciones mamarias menores de cms.	15%
Resección de tumores de piel menores de 3 cms.	5%
Resección de tumores de piel de 3 a 5 cms.	6%
Resección de tumores de piel mayores de 5 cms.	8%
Rinoplastia de aumento con costilla	33%
Rotación de colgajos cutáneos	28%
Rotación de colgajos fasciocutáneos	37%
Rotación de colgajos miocutáneos a distancia	45%
Secciones tendinosas y nerviosas múltiples	50%
Secciones múltiples, más fractura en traumas	50%
Sutura de heridas menores de 3 cms.	5%
Sutura de heridas de 3 a 10 cms.	7%
Sutura de heridas mayores de 10 cms.	11%
Tenorrafia	20%
Transposiciones tendinosas	25%
Zetaplastias	15%

Cirugía de tórax	%
Absceso mamario, debridación y canalización	20%
Absceso pulmonar, drenaje	28%
Biopsia de ganglio supraclavicular	8%
Biopsia de tumor de seno percutánea	8%
Biopsia incisional de seno	15%
Biopsia pleural percutánea	11%
Biopsia pulmonar con toracotomía limitada	34%
Biopsia pulmonar percutánea	11%
Biopsia pulmonar transbronquial	15%
Bocio intratorácico, tratamiento quirúrgico con resección costal o esternal	60%
Broncoscopía con biopsia	16%
Broncoscopía diagnóstica y/o aspiradora	16%
Broncoscopía y extracción de cuerpo extraño	16%
Decorticación pulmonar	65%
Colocación de sonda intrapleuraleal	15%
Mastectomía parcial	30%
Mastectomía completa, simple	37%
Mastectomía radical	45%
Mastectomía radical con linfadenectomía axilar	50%
Mastectomía radical con linfadenectomía axilar, más resección pectoral y linfadenectomía mamaria interna	65%
Mediastinoscopía	21%
Mediastinotomía vía cervical	45%
Mediastinotomía vía torácica	45%
Mediastinotomía con esternotomía	45%
Neumonectomía	80%
Pleurodesis química	11%
Pleuroscopía con biopsia pleuro, pulmonar	16%
Pleurostomía	35%
Pleurotomía con resección costal	35%
Pleurotomía simple	24%
Punción aspiradora de cavidad pleural	11%
Punción aspiradora del seno	7%
Punción pulmonar percutánea	11%
Reparación de ruptura diafragmática	43%
Reparación transtorácica de hernia diafragmática	51%
Resección de tumor mediastinal	65%
Resección costal limitada	28%
Resección costal amplia con reconstrucción plástica	37%
Resección costal con linfadenectomía mediastinal	43%
Resección pulmonar en cuña	42%

Cirugía de tórax	%
Resección segmentaria o lobar del pulmón	65%
Resección o reparación de pared torácica	42%
Timectomía o extirpación de tumores del mediastino	45%
Toracocentesis	8%
Toracocentesis y biopsia pleural	12%
Toracoplastia	51%
Toracotomía exploradora	42%
Traqueoplastia cervical sin injerto	42%
Traqueoplastia cervical con injerto	53%
Traqueoplastia cérvico-torácica sin injerto	60%
Traqueoplastia cérvico-torácica con injerto	65%
Traqueostomía	20%
Tumor benigno de seno, extirpación	20%
Cirugía urológica	%
Biopsia de próstata	11%
Biopsia renal	12%
Cálculo en uretero, extracción endoscópica	35%
Cálculo en uretero, extracción quirúrgica	42%
Cálculo en uretra, extracción endoscópica	15%
Cálculos vesicales, extracción endoscópica	20%
Cálculos vesicales, extracción por cistostomía	25%
Cistectomía parcial	33%
Cistectomía total con vejiga ileal	60%
Cistoscopia	14%
Cistoscopia y biopsia de tumor de vejiga	16%
Colocación prótesis testicular	25%
Descapsulación bilateral del riñón	42%
Descapsulación unilateral del riñón	28%
Diálisis peritoneal aguda	15%
Diálisis peritoneal intermitente	11%
Diálisis peritoneal ambulatoria	11%
Diverticulectomía vesical	27%
Epididimectomía	24%
Epispadias, reparación plástica	33%
Estenosis uretral, tratamiento completo por dilatación	15%
Hemodiálisis aguda	15%
Hemodiálisis periódica	11%
Hidrocele tratamiento quirúrgico	30%
Hipospadias tres tiempos, cada tiempo	18%
Litotripsia por tratamiento completo terminado	30%

Cirugía urológica	%
Meatotomía	5%
Nefrectomía	60%
Nefrolitotomía	51%
Nefrostomía	33%
Orquidectomía	24%
Orquidopexia	28%
Pene amputación de	33%
Pielografía ascendente	15%
Pielolitotomía	34%
Pólipos vesicales, extirpación por cistostomía	28%
Prostatectomía suprapúbica con vasectomía	37%
Prostatectomía trans-uretral	37%
Riñón en herradura, tratamiento	42%
Suprarrenalectomía	51%
Suspensión uretrovesical	30%
Trasplante renal (cirujano)	98%
* Primer Ayudante	20%
* Segundo Ayudante	10%
* Nefrólogo Intensivista	36%
* Anestesiólogo	30%
* Estos porcentajes se aplicarán independientes a los del cirujano	
Uretero, anastomosis de unión uretero pielica o corrección de arteria renal aberrante	40%
Anastomosis de uréteros a sigmoides	37%
Uretrotomía externa	28%
Uretrotomía interna	28%
Varicocele	34%
Vasectomía	11%

XIII. Artículos citados

Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros 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 1,000 a 15,000 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
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.	Art. 33
En los seguros de vida, en los de Accidentes y Enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.	Art. 37

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
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.	Art. 47
Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
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
Además de las causas ordinarias de interrupción de la Prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.	Art. 84

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: - 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; - Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; - Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; - 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 - 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
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.	Art. 65
La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.	Art. 66
La Comisión Nacional correrá traslado a la Institución Financiera acerca de la reclamación presentada en su contra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma, anexando todos los elementos que el Usuario hubiera aportado, y señalando en el mismo acto la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, con apercibimiento de sanción pecuniaria en caso de no asistir. La Comisión Nacional podrá en todo momento solicitar a la Institución Financiera información, documentación y todos los elementos de convicción que considere pertinentes, siempre y cuando estén directamente relacionados con la reclamación. Tratándose de instituciones de fianzas, deberá citarse al fiado en el domicilio que la Institución tuviere de éste o de su Representante legal.	Art. 67

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos. II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un Representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior; III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe; IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida. V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis. VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación. VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.	Art. 68
---	----------------

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia Respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un Representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea. VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.	Art. 68
---	----------------

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.	Art. 68
XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	
En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario. La falta de comparecencia del fiado o de su Representante, no impedirá que se lleve a cabo la audiencia de conciliación.	Art. 69
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
Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	
Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.	Art. 17
Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.	Art. 18
En los Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: En la operación de Accidentes y Enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.	Art. 19

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 transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo 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

XIV. 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 13 de julio de 2021, con el número CNSF-S0048-0266-2021/CONDUSEF-005183-01.



Llámanos sin costo
01 800 001 8700
axa.mx