



Gastos Médicos Mayores

**La protección
que evoluciona
conmigo**

Flex Plus®

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Definiciones	5
1. Accidente	5
2. Asegurado(a)	5
3. Asegurados nacidos fuera de la Póliza	5
4. Check Up	5
5. Coaseguro	5
6. Compañía	5
7. Consulta	5
8. Contratante	6
9. Contrato de Seguro o Póliza	6
10. Deducible	6
11. Dispositivos Médicos	6
12. Emergencia Médica o Urgencia Médica	7
13. Endoso	7
14. Enfermedad	7
15. Enfermedades Preexistentes	7
16. Fecha de Alta	7
17. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)	7
18. Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo (Antigüedad en AXA)	8
20. Fractura	9
21. Gama Hospitalaria	9
22. Hospital, Clínica o Sanatorio	9
23. Imprevisto Médico	9
24. Hospitalización	9
25. Madre Asegurada	9
26. Maternidad Subrogada	9
27. Medicamento	9
28. Médico	9
29. Órganos bilaterales	10
30. Pago Directo	10
31. Pago por Reembolso	10
32. Periodo de Espera	10
33. Prestador de Servicio Planmed®	10
34. Periodo de Pago de Siniestro	10
35. Prestadores en Convenio	11
36. Programación de Servicios	11
37. Región Anatómica	12
38. Reproducción Asistida	12
39. Siniestro	12
40. Solicitud de Seguro	12

Índice

	Página
41. Suma Asegurada	12
42. Tabulador	13
43. Tope de Coaseguro	13
44. Tratamiento o Terapia	13
45. Tratamientos en investigación	13
46. Vigencia	13
47. Videoconsulta	13
II. Objeto del Seguro	14
III. Cobertura Básica	14
a. Gastos Médicos Mayores cubiertos	14
1. Honorarios médicos	14
2. Gastos Hospitalarios	16
3. Cuidados en casa o fuera del Hospital	17
4. Terapias de rehabilitación	17
5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia	18
6. Cirugía reconstructiva	18
7. Trasplante de órganos	18
8. Trasplante de tejidos y células	19
9. Dispositivos médicos	20
10. Tratamiento dental por Accidente	22
11. Práctica amateur de deportes	22
12. Ambulancia	22
13. Apoyo psicológico	23
14. Medicina Alternativa	23
15. Cirugía por robot	24
16. Medicina hiperbárica	24
17. Monitoreo neurofisiológico	24
18. Cobertura de Enfermedad congénita y/o genética	25
19. Cobertura de Gastos Médicos por COVID-19	25
b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera	25
1. Queda amparado a partir de los 10 (diez) meses cumplidos	26
2. Queda amparado a partir de los 12 (doce) meses cumplidos	27
3. Queda amparado a partir de los 24 (veinticuatro) meses cumplidos	27
4. Queda amparado a partir de los 48 (cuarenta y ocho) meses cumplidos	28
c) Beneficios Incluidos en la cobertura básica	29
Beneficio de Atención Médica	29
IV. Coberturas adicionales con costo	29
1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)	29

Índice

	Página
2. Maternidad Extendida (MATE)	30
3. Preexistencia (PRE)	31
4. Deducible Cero por Accidente (DED0)	32
5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM)	33
6. Cobertura Nacional (CoNa)	34
7. Continuidad Garantizada (CONT)	35
8. Conversión Garantizada (CGAR)	35
9. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)	37
10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)	40
11. Atención en el Extranjero (ATEX)	43
12. Cliente Distinguido (DIST)	44
13. Planmed®	46
V. Exclusiones (Gastos no cubiertos)	49
VI. Cláusulas generales	56
1. Cobertura del Contrato de Seguro	56
2. Gama Hospitalaria	56
3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera	56
4. Deducible de Conversión Garantizada	57
5. Periodo de Beneficio	58
6. Periodo de Gracia	58
7. Periodo al Descubierto	58
8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	58
9. Primas	59
10. Cancelación del Contrato	59
11. Extinción de Obligaciones	60
12. Revelación de Comisiones	61
13. Altas	61
14. Bajas	61
15. Cambio de Plan	61
16. Cambio de Producto	62
17. Examen Médico	62
18. Renovación	63
19. Rehabilitación	64
20. Prescripción	64
21. Zona de Cobertura (Territorialidad)	64
22. Moneda	65
23. Omisiones o Inexactas Declaraciones	65
24. Agravación del Riesgo	65

Índice

	Página
25. Competencia	66
26. Edad	67
27. Siniestros	67
28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros	68
28.1. Aplicación de Suma Asegurada	68
28.2. Aplicación de Deducible	69
28.3. Aplicación de Coaseguro	69
28.4. Aplicación de Periodo de Pago de Siniestros	72
28.5. Beneficio de Aviso Previo	72
29. Interés Moratorio	73
30. Beneficios Fiscales	73
31. Arbitraje Médico	74
32. Entrega de la Documentación Contractual	74
33. Responsabilidad de la Compañía	74
34. Subrogación	74
VII. Servicios de Asistencia AXA Assistance	75
I. Definiciones	75
II. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza	76
III. Servicios de asistencia adicionales con costo	77
IV. Obligaciones del Beneficiario	80
V. Normas generales	81
VI. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes	81
VIII. Artículos citados en las Condiciones Generales	84
IX. Significado de Abreviaturas	93
X. Registro	94
Anexo 1: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica	95
Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Check Up de la Cobertura Planmed®	95
Servicios de Asistencia incluidos:	96
a. Protección Dental	96
Servicios de Asistencia con costo:	96
a. Protección Dental Integral (PDI)	96
Cancelación	97
Tu médico 24 horas. Envío de Médico a Domicilio	97
Cliente Distinguido (DIST). Envío de Médico a Domicilio	97
Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)	97

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Gastos Médicos Mayores Flex Plus®
Condiciones Generales

I. Definiciones

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

1. Accidente

Acontecimiento súbito, fortuito y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieren atención médica en el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días subsecuentes al evento.

Se considera como parte de un mismo Siniestro a todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

2. Asegurado(a)

Persona incluida en la Póliza que tiene derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

3. Asegurados nacidos fuera de la Póliza

Persona incluida en la póliza que cumpla con lo siguiente:

- No se haya solicitado su Alta dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento o;
- Que la Madre Asegurada no cumpla con 10 meses de cobertura continua en la presente póliza o a partir de la Fecha de Antigüedad en AXA Individual.

4. Check Up

Conjunto de exámenes clínicos y/o procedimientos de tecnología con los que se podrá evaluar el estado de salud del Asegurado.

5. Coaseguro

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

Dicho porcentaje es elegido por el Contratante o Asegurado Titular y queda indicado en la carátula de la póliza.

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

6. Compañía

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

7. Consulta

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



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

8. Contratante

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

9. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- a. Solicitud del seguro llenada y firmada por el solicitante titular en representación del resto de los solicitantes.
- b. Cuestionario médico.
- c. Carátula de póliza.
- d. Condiciones Generales.
- e. Endosos.
- f. Tabulador.
- g. Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- h. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

10. Deducible

Monto fijo a cargo del Asegurado que se encuentra estipulado en la carátula de póliza el cual aplicará para cada Siniestro cubierto, en términos de las Condiciones Generales vigentes del Contrato de Seguro.

La obligación de pago a cargo de la Compañía comienza desde que los gastos por atención médica cubiertos han rebasado el Deducible y hasta el monto de la Suma Asegurada contratada.

El Deducible es elegido por el Contratante o Asegurado Titular.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

11. Dispositivos Médicos

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

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

12. Emergencia Médica o Urgencia Médica

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

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

13. Endoso

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

14. Enfermedad

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

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

15. Enfermedades Preexistentes

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro.

La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, enunciativamente mediante alguno de los siguientes supuestos:

- a. Que su existencia haya sido declarada por el Contratante al momento de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b. Que en un expediente médico se determine la existencia de la Enfermedad con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- c. Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d. Que existan gastos documentados y comprobables para recibir un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

16. Fecha de Alta

Fecha en la que la Compañía aceptó al Asegurado como parte de este Contrato de Seguro y a partir de la cual tiene derecho a los beneficios del mismo. Esta fecha es también el día de la celebración del Contrato de Seguro y se encuentra estipulada en la carátula de la póliza.

Para el caso de las coberturas adicionales con costo, la Fecha de Alta se establece a partir de cuándo la contrató y fue aceptada por la Compañía.

Cualquier Accidente o Enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, se considera como Enfermedad Preexistente.

17. Fecha de Antigüedad (Antigüedad Reconocida)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros.

En caso que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad se indicará en la carátula de póliza como Antigüedad Reconocida.

La Antigüedad Reconocida, únicamente se considera para eliminar o reducir los Periodos de Espera de acuerdo con lo establecido en la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

La Antigüedad Reconocida en ningún caso implica la retroactividad de la Vigencia del Contrato de Seguro, así como tampoco resulta útil para dar cobertura a Enfermedades Preexistentes.

La Antigüedad Reconocida en ningún caso implica que la Compañía se obligue al reembolso de gastos médicos u hospitalarios derivados de Enfermedades, Accidentes y/o Siniestros que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa póliza de seguro.

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

18. Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo (Antigüedad en AXA)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectiva con esta Compañía.

En caso que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo se indicará en la carátula de póliza como Antigüedad en AXA.

La Antigüedad en AXA, únicamente se considera para eliminar o reducir los Periodos de Espera de acuerdo con lo establecido en la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

La Antigüedad en AXA, en ningún caso implica la retroactividad de la Vigencia del Contrato de Seguro, así como tampoco resulta útil para dar cobertura de Enfermedades Preexistentes.

La Antigüedad en AXA, en ningún caso implica que la Compañía se obligue al reembolso de gastos médicos u hospitalarios derivados de Enfermedades, Accidentes y/o Siniestros que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa póliza de seguro.

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

19. Fecha de Antigüedad en AXA Individual (Antigüedad en AXA Individual)

Periodo que la Compañía puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.

En caso que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad en AXA Individual se indicara en la carátula de póliza como Antigüedad en AXA Individual.

La Antigüedad en AXA Individual, únicamente se considera para eliminar o reducir los Periodos de Espera de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

La Antigüedad en AXA Individual, en ningún caso implica la retroactividad de la Vigencia del Contrato de Seguro, así como tampoco resulta útil para dar cobertura a Enfermedades Preexistentes.

La Antigüedad en AXA Individual, en ningún caso implica que la Compañía se obligue al reembolso de gastos médicos u hospitalarios derivados de Enfermedades, Accidentes y/o Siniestros que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa póliza de seguro.

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

20. Fractura

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

21. Gama Hospitalaria

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

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

22. Hospital, Clínica o Sanatorio

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

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

23. Imprevisto Médico

Evento súbito que requiere atención médica inmediata que no pone en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función vital del Asegurado.

24. Hospitalización

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

25. Madre Asegurada

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

26. Maternidad Subrogada

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

27. Medicamento

Se considera como Medicamento a toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o de rehabilitación, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Además, se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos o de rehabilitación.

Para que sea considerado Medicamento, este debe tener registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

28. Médico

Profesional de la Salud, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la Medicina en el país, que puede ser Médico general, Médico especialista u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública y autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente.

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

En todos los casos es obligación del Asegurado cerciorarse que sus médicos tratantes cuentan con cédula profesional, cédula de especialidad, así como las correspondientes certificaciones médicas que resulten necesarias para ejercer la especialidad de que se trate.

29. Órganos bilaterales

Son aquellos órganos u áreas que son pares en la que existe uno de lado derecho y otro de lado izquierdo.

30. Pago Directo

Proceso mediante el cual la Compañía realiza el pago al Prestador en Convenio, por la atención médica brindada a un Asegurado.

En caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Prestadores en Convenio, podrá hacer uso de este servicio, previa autorización por escrito de la Compañía, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

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

El servicio de Pago Directo se otorgará al Asegurado siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago, la Compañía estará impedida para realizar el Pago Directo.

31. Pago por Reembolso

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

32. Periodo de Espera

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

Los Periodos de Espera solo pueden ser reducidos de acuerdo con la cláusula 3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera.

33. Prestador de Servicio Planmed®

Conjunto de Instituciones (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.) y profesionales médicos con los que la Compañía ha celebrado convenios para brindar servicios de atención médica al Asegurado exclusivamente para la cobertura de Planmed®, detallados en el catálogo publicado en axa.mx.

34. Periodo de Pago de Siniestro

Lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación de la Póliza, durante el cual la Compañía se compromete a pagar los gastos procedentes en que incurra el Asegurado, de acuerdo con las especificaciones del presente Contrato de Seguro.



El Periodo de Pago de Siniestro iniciará desde la fecha del primer gasto procedente ingresado a la Compañía para cada Accidente o Enfermedad cubierto, y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de póliza, siempre y cuando el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

Se entiende como fecha del primer gasto procedente al gasto más antiguo ingresado a la Compañía en que el Asegurado incurre para la atención de un Accidente o Enfermedad cubierto.

35. Prestadores en Convenio

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

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

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

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

36. Programación de Servicios

Beneficio que la Compañía puede otorgar, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico cubierto, para el pago que se realizará directamente a los Prestadores en Convenio, mediante el cual se valora la procedencia de la Programación del Servicio y su pago, previa autorización y valoración por parte de la Compañía.

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

El servicio de Programación se otorgará al Asegurado siempre y cuando la Compañía cuente de manera oportuna con toda la información suficiente para determinar la procedencia o improcedencia del pago. En caso de que el Asegurado no proporcione de manera oportuna toda la información necesaria para dictaminar la procedencia del pago, la Compañía estará impedida para realizar la Programación de Servicios.

37. Región Anatómica

Es una subdivisión del cuerpo humano, basada en las características anatómicas y funcionales específicas del ser humano.

Para efectos de este Contrato de Seguro se dividirán de acuerdo con la tabla anexa:

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

38. Reproducción Asistida

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

39. Siniestro

Es la suma de los gastos médicos erogados por cada Accidente o Enfermedad cubierto por estas Condiciones Generales, que se agrupan por Asegurado para su identificación.

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

40. Solicitud de Seguro

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

41. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada Accidente o Enfermedad cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de póliza.



42. Tabulador

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

El Tabulador es seleccionado libremente por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación. El nombre del Tabulador contratado se encuentra especificado en la carátula de póliza.

El Tabulador se puede consultar en la página de internet [axa.mx](https://axa.mx/web/seguro-de-salud/flex-plus) en el siguiente link: <https://axa.mx/web/seguro-de-salud/flex-plus> o en el contact center de AXA en el teléfono 800 900 1292.

43. Tope de Coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro, por cada Enfermedad o Accidente cubierto.

44. Tratamiento o Terapia

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

45. Tratamientos en investigación

Son aquellos Tratamientos que no han comprobado su seguridad y efectividad por lo que no han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos Sanitarios legalmente facultados y no se encuentran especificados en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales. También se consideran Tratamientos en investigación cuando se aplique con modalidades, indicaciones, dosis o vías de administración diferentes a las autorizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

46. Vigencia

Periodo previsto en la carátula de póliza, durante el cual surte plenamente sus efectos el Contrato de Seguro, el cual no podrá ser mayor a un año.

47. Videoconsulta

Es la atención que brinda el Médico a distancia a través de un dispositivo electrónico, donde el asegurado y el médico pueden comunicarse en tiempo real, mediante imagen y sonido, con la finalidad de evaluarlo clínicamente para establecer un diagnóstico y Tratamiento del Accidente o Enfermedad cubierto.

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

II. Objeto del Seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, de acuerdo con un diagnóstico médico definitivo y estudios que lo corroboren. Estos gastos deberán ser derivados de Tratamientos relacionados con un Accidente o Enfermedad cubiertos, y deberán estar relacionados con el diagnóstico y proporcionados por instituciones y personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

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

La Compañía podrá otorgar los beneficios de Programación de Servicios y Pago Directo previa valoración y autorización de su parte.

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

III. Cobertura Básica

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

a. Gastos Médicos Mayores cubiertos

1. Honorarios médicos

Los honorarios médicos se pagarán de acuerdo con los montos establecidos en el Tabulador contratado estipulado en la carátula de póliza, siempre y cuando los profesionales de la salud cuyos honorarios se reclaman, haya participado activa y directamente en el Tratamiento Médico o quirúrgico o procedimiento terapéutico o consulta del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

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

a. Honorarios médicos sin intervención quirúrgica

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al honorario médico por consultas con base en el Tabulador contratado.

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

b. Honorarios médicos con intervención quirúrgica

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

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

* Este porcentaje se calcula sobre la base del honorario del cirujano.

Se pagará al Asegurado el monto correspondiente al procedimiento quirúrgico realizado con base en el Tabulador contratado, dicho monto incluye las consultas del equipo quirúrgico, durante los 15 (quince) días posteriores a la realización de la cirugía. Posterior a dicho periodo se pagará una sola consulta diaria por especialidad.

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

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado 2 (dos) o más cirugías en la misma Región Anatómica, se cubrirán al Asegurado el monto correspondiente al 100% (cien por ciento) de los honorarios quirúrgicos para la cirugía que tenga el valor más alto y el 50% (cincuenta por ciento) de la segunda cirugía. **Si existieran más cirugías en la misma Región Anatómica, estas no serán cubiertas por la Compañía.**

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado 2 (dos) cirugías en regiones anatómicas distintas, los honorarios quirúrgicos de la cirugía de mayor costo se cubren al 100% (cien por ciento) y de la segunda al 50% (cincuenta por ciento). En el caso de una 3 (tercera) cirugía en la misma sesión, en la segunda Región Anatómica o en otra Región Anatómica diferente a la primera se cubrirá el 35% (treinta y cinco por ciento). Si existen más intervenciones no serán cubiertas por la Compañía.

Lo anterior también aplica en caso de Enfermedades Bilaterales.

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

En caso de que la atención médica del Asegurado se requiera la intervención de más de un especialista en un mismo evento quirúrgico, el monto que será cubierto al Asegurado será del 100% (cien por ciento) según el Tabulador contratado, previa autorización de la Compañía.

Para efecto del pago de honorarios médicos, si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, esta se considera una complicación inmediata de la primera cirugía y no se cubrirá monto adicional por concepto de honorarios; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera aplicando el Tabulador contratado.

Si existiera una diferencia entre el monto reclamado por el honorario médico contra el monto especificado en el Tabulador médico contratado, esta no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.

2. Gastos Hospitalarios

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

- a. Habitación privada estándar con baño.
- b. Alimentos suministrados al Asegurado.
- c. Estudios de laboratorio, gabinete, imagen y agentes de diagnóstico indicados y justificados por el Médico tratante y relacionados directamente con el diagnóstico del Accidente o Enfermedad cubierta que motive la atención en ese momento.
- d. Sala de operaciones, de curaciones, recuperación, urgencias, terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- e. Trasfusiones de sangre, plasma, plaquetas o cualquier otro derivado sanguíneo y que hayan sido utilizados. Se cubrirán las pruebas de compatibilidad de dichos productos.
- f. Medicamentos administrados al Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando cumpla con la definición de Medicamentos de estas Condiciones Generales, sean indicados y justificados por el Médico Tratante y que estén relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta que genera la atención médica. Los Medicamentos cubiertos deberán contar con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y el proveedor deberá contar con licencia de comercialización en México.
- g. Se cubren únicamente los Gastos de la cama extra para el acompañante del Asegurado afectado.
- h. Atención general de Enfermería.

Cuando derivado de una intervención quirúrgica para una Enfermedad cubierta, el Asegurado presente o se detecten gastos relacionados con la atención o Tratamiento de una Enfermedad no cubierta, se penalizará el pago con el 40% (cuarenta por ciento) del total de la factura hospitalaria y el Asegurado deberá pagar los honorarios médicos de dicha atención derivada de una Enfermedad no cubierta en el Contrato de Seguro.

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

3. Cuidados en casa o fuera del Hospital

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

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

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

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

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

La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el tanque de oxígeno durante el tiempo que lo requiera, este deberá ser devuelto a la Compañía al finalizar el Tratamiento o la cobertura de esta Póliza.

4. Terapias de rehabilitación

Siempre y cuando sean médicamente necesarias y tengan la finalidad de restaurar la salud del Asegurado, se cubrirán única y exclusivamente las siguientes Terapias de rehabilitación: rehabilitación musculo esquelética, hidroterapia, neurorehabilitación, neurodesarrollo, inhaloterapia o fisioterapia pulmonar y rehabilitación cardiaca.

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

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

La Compañía cubrirá como máximo las siguientes Terapias de rehabilitación, dentro o fuera del hospital:

- 30 (treinta) sesiones para rehabilitación musculoesquelética
- 30 (treinta) sesiones para hidroterapia.
- 180 (ciento ochenta) sesiones para neurorehabilitación.
- 90 (noventa) sesiones para terapia psicomotora, únicamente para Recién Nacido con beneficio AXA.
- 30 (treinta) sesiones de terapia para deglución.
- 365 (trescientas sesenta y cinco) sesiones para neurodesarrollo.
- Inhaloterapia o fisioterapia pulmonar será cubierta de acuerdo con la indicación del Médico Tratante.
- 40 (cuarenta) sesiones para rehabilitación cardíaca.

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

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

5. Tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia

Para cualquier tipo de cáncer, quedan cubiertos conforme a estas Condiciones Generales los gastos por Tratamientos de Radioterapia y/o Quimioterapia que tengan indicación médica y sean indicados y justificados por el Médico tratante, que han comprobado su seguridad y efectividad y por ello han sido autorizados por la Secretaría de Salud u organismos sanitarios correspondientes mediante un registro sanitario y se encuentran especificados para tratar el tipo y estadio del cáncer del Asegurado en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Lo anterior aplica aun sin haber contratado la cobertura adicional del apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

6. Cirugía reconstructiva

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

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

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

7. Trasplante de órganos

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

En el caso de que el órgano a trasplantar provenga de un donador vivo solo se cubrirán los gastos de protocolo de estudio pretrasplante del donador definitivo. Dicho protocolo deberá ser aprobado por el Comité de Trasplante de la Institución en donde se lleve a cabo el procedimiento de donación de órgano, los gastos de Hospitalización del donador y los honorarios médico del equipo médico quirúrgico.

El monto de honorarios médicos, generados por el protocolo de estudio pretrasplante y los procedimientos quirúrgicos del receptor y donador se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado.

En caso de donador cadavérico, la Compañía cubrirá el porcentaje del costo de la procuración que le corresponda al receptor de acuerdo con las reglas del Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

Los trasplantes de órganos deben de estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

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

8. Trasplante de tejidos y células

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

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

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

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

Los trasplantes de córnea o ligamentos y tendones de origen cadavérico deberán estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

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

Este beneficio únicamente se pagará mediante programación de cirugía.

No se cubren los gastos de transporte ni de importación de la córnea.

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

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

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

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

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

9. Dispositivos médicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Dispositivo Médico que se requiera a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, siempre y cuando se encuentren medicamente indicados para el Tratamiento que requiera el Asegurado. Estos deberán de contar con registro sanitario vigente ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y permiso de comercialización en México.

La Compañía podrá realizar el pago del servicio programado para estos Dispositivos Médicos, siempre que el Asegurado demuestre la indicación médica y el beneficio en su Tratamiento.

Para tal efecto la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) los clasifica de la siguiente forma:

1. Equipo Médico

a. Equipo médico dentro del hospital:

Se cubren los gastos por el equipo médico necesario para el Tratamiento del Asegurado durante su estancia hospitalaria, cuando estos sean indicado por el médico tratante.

b. Equipo médico fuera del hospital:

Se cubre la renta o compra del Equipo Médico necesario indicado por el Médico tratante para la recuperación en casa del Asegurado o para continuar el Tratamiento establecido por el Médico tratante a nivel domiciliario. Lo anterior será cubierto, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente o Enfermedad cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Compañía, tomando en cuenta que:

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

En caso de sillas de ruedas, camas eléctricas y grúas, el Asegurado tendrá un monto máximo de \$150,000.00 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 moneda nacional) por equipo.

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

2. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de Prótesis, órtesis y Ayudas Funcionales que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando tenga aprobación previa de la Compañía, sea indicado y justificado por el Médico tratante, cuente con registro sanitario, permiso de comercialización en México y no sea definido como Tratamiento en investigación conforme a la definición de este Contrato de Seguro.

- Se consideran como Ayudas Funcionales los siguientes dispositivos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales y/o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, auxiliares ventriculares internos, implante coclear y bombas de infusión de insulina.
- El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del Dispositivo medicamente indicado, así como del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso. Si el dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá de notificarlo inmediatamente a la Compañía.
- Si el dispositivo otorgado falla antes de que finalice la vida útil estipulada en la garantía del proveedor y el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso, el proveedor estará obligado a reponer el equipo y la Compañía a cubrir los gastos generados por la recolocación. Si el Asegurado no cumplió con las instrucciones de uso, deberá de cubrir el costo de la reposición y los gastos derivados de la recolocación la cubre la Compañía.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el dispositivo durante el tiempo que lo requiera, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el uso de este.
- En caso de que el costo de los dispositivos médicos supere \$1,500,000.00 (un millón quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional) se aplicará un Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento) del total de la prótesis, sin aplicar Tope de Coaseguro.

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

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

- Que la primera colocación de la ayuda funcional haya sido cubierta por esta Compañía.
- Cuando hayan transcurrido mínimo 5 (cinco) años de haberse colocado o expiré la vida útil de la ayuda funcional o su fuente de energía. Se entiende por vida útil la especificada por el fabricante.
- En caso de no cumplir con los 2 (dos) puntos anteriores la Compañía solo cubrirá los Gastos de Hospitalización y honorarios médicos.

3. Agentes de diagnóstico

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

No se cubrirán honorarios adicionales del personal que realiza estudios de diagnóstico, puesto que dichos honorarios se incluyen en el costo del estudio.

4. Materiales quirúrgicos y de curación:

a. Dentro del hospital

Se cubrirán solo aquellos que se utilizan en la práctica quirúrgica o en el Tratamiento de heridas y lesiones de la piel o sus anexos que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y tengan licencia de comercialización en México.

b. Fuera del hospital

Se cubren los materiales quirúrgicos y de curación fuera del hospital que sean utilizados por el médico tratante, que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y tengan licencia de comercialización en México

5. Insumos de uso odontológico y 6. Productos higiénicos

La clasificación de los Dispositivos Médicos de uso odontológico y productos higiénico no serán cubiertos, excepto lo mencionado en la cobertura 10. Tratamiento dental por Accidente.

10. Tratamiento dental por Accidente

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

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

11. Práctica amateur de deportes

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes de forma ocasional y no profesional, es decir que no recibe remuneración a cambio de dicha práctica.

12. Ambulancia

Queda cubierto el gasto por servicio de Ambulancia aérea y terrestre, hacia o desde el Hospital, dentro del territorio nacional que sea necesario medicamente, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto.

Esta cobertura no aplica cuando:

- a. El motivo del traslado no sea por indicación médica.
- b. El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus facultades legales y hasta que tal circunstancia se solucione.
- c. El Asegurado no esté autorizado por un Médico o paramédico para el traslado hacia el destino elegido.

La Ambulancia Aérea solo se cubrirá vía Pago por Reembolso.

13. Apoyo psicológico

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

- a. Víctima de robo con violencia, secuestro o violación.
- b. Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- c. Amputación de una extremidad completa.
- d. Las siguientes Enfermedades, Tratamiento médico o procedimiento:
 - Cáncer en fase terminal.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Cirugía de las coronarias: operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.
 - Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass, o exista daño neurológico irreversible.
 - VIH o SIDA.
 - Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades cubierto.
 - Trasplante de los siguientes órganos: hígado, riñón, corazón, páncreas y pulmón.
 - Accidente de columna cuando se determine sección medular total o parcial.

Para esta cobertura no se cubren los Medicamentos, aun cuando se tenga contratada la cobertura de 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).

El monto por concepto de honorario médico de consulta se cubrirá de acuerdo con el Tabulador contratado. Para pagar dicho monto de las Consultas, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la(s) factura(s) que corroboren el Tratamiento.

14. Medicina Alternativa

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

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

15. Cirugía por robot

Se cubre la cirugía mínimamente invasiva asistida por un robot, única y exclusivamente para los siguientes procedimientos quirúrgicos: Prostatectomía.

- Histerectomía por cáncer de endometrio.
- Histerectomía por Cáncer de Ovario.
- Histerectomía por Cáncer Cervico-uterino.
- Nefrectomía por cáncer renal.
- Nefrectomía Parcial por cáncer renal.
- Colectomía por cáncer de colon.
- Recambio de válvula mitral.

Cualquier otro procedimiento quirúrgico distinto a los señalados en esta cobertura, realizado con asistencia de un robot no estará cubierto.

Es requisito para la cobertura de los gastos erogados que el Asegurado se cerciore que la cirugía es realizada por Médicos especialistas en Cirugía de Mínima Invasión con recertificación vigente de la especialidad correspondiente, con base en lo establecido por la Asociación Mexicana de Cirugía Robótica la cual especifica que el Médico debe de tener mínimo 20 (veinte) cirugías del procedimiento utilizando el robot.

En caso de que el médico que realice alguno de los procedimientos señalados en esta cláusula no cuente con la especialidad o certificación correspondiente emitida por la Asociación Mexicana de Cirugía Robótica, la Compañía no pagará los gastos médicos relacionados a dicha cirugía.

16. Medicina hiperbárica

Se cubre cámara hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes Enfermedades: Embolismo gaseoso, Enfermedades por descompresión aguda, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, osteomielitis crónica refractaria a Tratamiento convencional, quemaduras de segundo y tercer grado y radionecrosis de tejidos blandos.

17. Monitoreo neurofisiológico

Se cubre el Monitoreo Neurofisiológico única y exclusivamente para los siguientes procedimientos:

- Cirugía de columna cervical.
- Cirugía de nervios craneales: facial, hipogloso, trigémino, glossofaríngeo y espinal.
- Cirugía de cáncer de tiroides con resección total.
- Cirugías de columna lumbar, con reintervención por procedimiento fallido del mismo segmento afectado.

La Compañía solo pagará los gastos por el monitoreo neurofisiológico para los procedimientos expresamente señalados en esta cobertura, siempre y cuando los Médicos y Hospitales en que se lleve a cabo cuenten con la certificación de neurofisiología por lo tanto es obligación del Asegurado revise que su Médico tratante y Hospital en que sea atendido cuente con las certificaciones y permisos necesarios.

El honorario se pagará de acuerdo al Tabulador contratado.

La Suma Asegurada por el uso del monitoreo neurofisiológico es de \$60,000 (sesenta mil pesos 00/100 moneda nacional).

18. Cobertura de Enfermedad congénita y/o genética

Se cubren los gastos derivados de Enfermedades congénitas y/o genéticas de los Asegurados nacidos fuera de la Póliza, siempre y cuando:

a) En caso de Enfermedad congénita, esta haya pasado desapercibida, no sea aparente a la vista, no haya sido diagnosticada, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza y no haya generado algún gasto.

b) Tratándose de Enfermedades Genéticas, se cubren gastos derivados de estas a partir de 5 (cinco) años de Edad del menor, siempre y cuando hayan pasado desapercibidas, no sean aparentes a la vista, no hayan sido diagnosticadas, ni realizado Tratamiento médico previo a la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza y no haya generado algún gasto.

Queda excluido el Tratamiento o Terapia de las malformaciones congénitas estructurales.

19. Cobertura de Gastos Médicos por COVID-19

Para Asegurados con Fecha de Alta posterior al 09 de febrero de 2022; se cubren los gastos médicos erogados por la atención médica en caso de diagnóstico de COVID19 siempre y cuando cuenten con el esquema de vacunación completo, conforme al Plan Nacional de Vacunación emitido por las autoridades sanitarias sin importar el lugar en el que se hayan aplicado las vacunas.

Para aquellos Asegurados que no cumplan con lo anterior, se cubrirán los gastos médicos erogados por la atención médica en caso de diagnóstico de COVID19 hasta una Suma Asegurada de \$300,000.

Una vez agotada la Suma Asegurada indicada, terminará la responsabilidad de la Compañía y no procederá ningún pago adicional por concepto de gastos erogados por el asegurado, para la atención médica y/u hospitalaria derivada del diagnóstico de COVID19, así como sus secuelas y/o complicaciones.

b. Gastos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos resultantes de los eventos médicos, una vez que se haya cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se especifican, hasta el Periodo de Beneficio, aplicando Deducible y Coaseguro estipulados en la carátula de póliza.

Para Accidentes y/o Emergencias Médicas no aplica dicho periodo de espera.

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

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

1.1. Ayuda por maternidad

La Compañía indemnizará la Suma Asegurada especificada en la carátula de póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada, al momento del evento de maternidad, tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o a partir de la Fecha de Antigüedad AXA Individual.

En caso de tener contratada la cobertura adicional con costo Maternidad Extendida, la Suma Asegurada especificada en la carátula de póliza para esta cobertura se sustituirá por el monto contratado en esta cobertura adicional, la cual aplicará siempre y cuando la Asegurada cumpla con 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua y con la misma opción de Suma Asegurada.

La Compañía podrá adelantar el pago a la Asegurada del monto correspondiente a la Ayuda por Maternidad a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, siempre y cuando:

- Entregue a la Compañía la interpretación del ultrasonido.
- La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza o en un plan con esta cobertura contratada al momento de solicitar este beneficio.

1.2. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o a partir de la Fecha de Antigüedad AXA Individual, a la fecha en que se presente la complicación:

1. Embarazo extrauterino.
2. Embarazo molar.
3. Los estados de fiebre puerperal.
4. Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
5. Placenta ácreta.
6. Placenta previa.
7. Atonía uterina.
8. Óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido.
9. Diabetes gestacional.
10. Procedimiento de cerclaje.
11. Purpura trombocitopénica.

1.3. Cobertura del recién nacido con beneficio AXA

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los Tratamientos médicos y quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro o prematuro, Enfermedades genéticas, Enfermedades congénitas incluyendo implante coclear, trasplante de córnea, estrabismo y circuncisión únicamente por fimosis, así como

Accidentes o Enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o a partir de la Fecha de Antigüedad AXA Individual y se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago del Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s).

Si se cumple con ambas condiciones, el Recién Nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada sin pasar por el proceso de selección médica, quedando asegurado desde su fecha de nacimiento.

Si la Madre Asegurada no cumple con lo anterior, deberá de solicitar el Alta de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones Generales, debiendo entregar la solicitud de seguro requisitada y firmada, la cual se someterá al proceso de selección y no aplicará el beneficio de esta cobertura.

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

Se cubren, a partir de los 12 (doce) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o de Antigüedad Reconocida o Antigüedad en AXA o Antigüedad en AXA Individual del Asegurado afectado, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 2.1. Enfermedades de columna vertebral, excepto hernias de disco.**
- 2.2. Litiasis renal y urinaria y Enfermedades en vías urinarias.**
- 2.3. Cualquier Enfermedad de la vesícula y vías biliares.**
- 2.4. Enfermedades ginecológicas, incluyendo glándula mamaria.**
- 2.5. Enfermedades del piso pélvico.**
- 2.6. Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y várices en la vulva.**
- 2.7. Enfermedades de rodilla.**
- 2.8. Enfermedades ácido-pépticas.**
- 2.9. Reflujo gastroesofágico.**

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

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

Se cubren, a partir de los 24 (veinticuatro) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o Antigüedad Reconocida o Antigüedad en AXA o Antigüedad en AXA Individual del Asegurado afectado, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

- 3.1. Septum o desviación septal y senos paranasales.**
- 3.2. Enfermedades anorrectales.**
- 3.3. Amígdalas y adenoides.**
- 3.4. Hernias incluyendo hernias de disco.**
- 3.5. Circuncisión para Asegurados nacidos fuera de la Póliza, se cubre únicamente por fimosis.**

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

3.7. Enfermedades de próstata.

Para el caso de un Recién Nacido con beneficio AXA no aplica este Periodo de Espera de 24 meses cumplidos.

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

Se cubren, a partir de los 48 (cuarenta y ocho) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza, los gastos derivados de las siguientes Enfermedades:

4.1 VIH y SIDA

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

Se podrá reconocer la Antigüedad en AXA Individual para Reducción de Periodos de Espera de esta cobertura, siempre y cuando, el Asegurado haya tenido contratada esta cobertura de manera ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.

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

4.2 Cirugía bariátrica

Se cubren los gastos una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera de 48 meses cumplidos en esta Póliza, **para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad de ningún tipo.**

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

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

Se cubrirán los gastos siempre y cuando, el Asegurado cumpla con los 4 (cuatro) criterios siguientes:

- Sea la primera Cirugía Bariátrica en la vida del Asegurado.
- Tenga un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 (cuarenta).
- Sea menor de 40 (cuarenta) años.
- Sea diagnosticado con alguno de los siguientes: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteraciones osteomusculares y/o minusvalía grave a causa del exceso de peso.

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

No se cubren Consultas pre y postoperatorias.

c) Beneficios Incluidos en la cobertura básica

Beneficio de Atención Médica

El objeto de este beneficio es indemnizar al Asegurado las siguientes consultas y/o pruebas médicas, siempre y cuando sean realizados por médicos, nutriólogos o proveedores en convenio con la Compañía conforme a listado publicado en la siguiente liga: <https://axa.mx/personas/inicio>.

A diferencia de la cobertura de Honorarios Médicos que contempla la cobertura básica, para este beneficio no se requiere contar con un diagnóstico y rebasar el Deducible contratado para acceder a este servicio; no aplica Deducible ni Coaseguro.

Para pólizas contratadas en una ciudad donde exista un proveedor en convenio para consultas presenciales:

- Un estudio al año sin costo adicional o Papanicolaou (edad recomendada a partir de los 18 años) o Antígeno prostático (edad recomendada a partir de los 40 años).
- Una consulta al año sin costo adicional con un Médico General, Ginecólogo o Pediatra y costos preferenciales para especialidad* y consultas subsecuentes (modalidad presencial o videoconsulta si aplica).
- Una consulta al año sin costo adicional con un Nutriólogo (sin referencia médica).

*El asegurado requiere una referencia médica proveniente de un Médico General en convenio.

Para pólizas contratadas en una ciudad donde NO exista un proveedor en convenio para consultas presenciales:

- Primera videoconsulta al año sin costo adicional con un Médico General, Nutriólogo, Psicólogo.
- Videoconsultas médicas a precio preferencial.

Los montos indemnizatorios solo serán cubiertos cuando las consultas y/o pruebas médicas se realicen en las instalaciones de los proveedores designados por la Compañía.

Es responsabilidad del Contratante utilizar todos los beneficios antes mencionados, en caso contrario, no se reembolsará cantidad alguna ni serán acumulables para la siguiente vigencia.

IV. Coberturas adicionales con costo

Para las siguientes coberturas adicionales con costo y a partir de la Fecha de Alta de las coberturas, quedan cubiertos los gastos erogados por Tratamientos que sean médicamente necesarios, indicados y justificados por un Médico; siempre y cuando sean contratadas a petición del Contratante o Asegurado Titular.

Se cubren los gastos correspondientes de acuerdo con la cláusula de Periodo de Pago de Beneficio y las condiciones y límites especificados en la carátula de póliza:

1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, se cubrirán los costos de los Medicamentos adquiridos fuera de un Hospital, Clínica o Sanatorio únicamente en territorio nacional y mediante el Pago por Reembolso.

Para acceder a la cobertura se deberá de cumplir con los siguientes requisitos: el producto a cubrir debe de cumplir con la definición de Medicamentos de estas condiciones generales, estar indicado y justificado por el Médico tratante, contar con registro sanitario en México y estar relacionado y autorizado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) para tratar el Accidente o Enfermedad cubierto.

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

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

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada es la contratada y estipulada en la carátula de póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros de estas Condiciones Generales.

Interacción con otras Coberturas

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares:

- a. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. No se podrá contratar esta cobertura cuando el Periodo de Pago de Siniestro sea de 4 (cuatro) meses.**

2. Maternidad Extendida (MATE)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, la Compañía sustituirá el monto indemnizatorio de la cobertura de Ayuda por Maternidad básica por el monto contratado de esta cobertura.

Para hacer efectiva esta cobertura la Asegurada debe cumplir con 10 (diez) meses de cobertura continua y con la misma opción de Suma Asegurada al momento del Parto o Cesárea.

La Compañía podrá adelantar el pago a la Asegurada del monto contratado para esta cobertura adicional a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Entregue a la Compañía la interpretación del ultrasonido.
- La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente cobertura al momento de solicitar este beneficio.

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

Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro

La Suma Asegurada es indemnizatoria y no aplicará Deducible, ni Coaseguro.

- a. Si se solicita un incremento en la Suma Asegurada de esta cobertura, correrá un nuevo Periodo de Espera de 10 (diez) meses a partir de dicho cambio para obtener el beneficio de la nueva Suma Asegurada.
- b. En caso de no cumplir con el nuevo Periodo de Espera se pagará la Suma Asegurada de Maternidad que se encontraba vigente 10 (diez) meses antes del Parto o cesárea que motiva la indemnización.
- c. En caso de que se haya solicitado el cambio a una Suma Asegurada menor, se pagará la Suma Asegurada vigente al momento del nacimiento.

En ningún caso se cubrirán gastos adicionales al importe señalado en la carátula de póliza. La Suma Asegurada no es acumulable con la cobertura de Ayuda por Maternidad.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 45 (cuarenta y cinco) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares:

- a. **Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. **Esta cobertura queda sin efecto en caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR).**

3. Preexistencia (PRE)

Mediante la contratación de esta cobertura adicional y una vez que el Asegurado haya cumplido 2 (dos) años continuos con esta cobertura, la Compañía pagará los gastos derivados de las Enfermedades Preexistentes que hayan sido declaradas en la Solicitud de Seguro, siempre y cuando en dicho periodo:

- a. No haya recibido Tratamiento Médico.
- b. No haya erogado gastos para la atención de este.
- c. No se haya excluido expresamente con un Endoso en la Póliza.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para esta cobertura es de \$1,100,000.00 (un millón cien mil pesos 00/100 moneda nacional).

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros de estas Condiciones Generales.

Interacción con Coberturas

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada.

Esta cobertura no podrá ser contratada junto con la cobertura de Continuidad garantizada (CONT).

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares:

- a. **Quedan excluidas las Enfermedades Preexistentes estipulados en los Endosos de exclusión de esta Póliza o aquellas Enfermedades por las cuales se hayan erogado gastos o recibido Tratamiento durante el periodo de 2 años posteriores a la contratación de esta cobertura.**
- b. **Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**

4. Deducible Cero por Accidente (DED0)

Mediante la contratación de esta cobertura adicional y a partir de la Fecha de Alta en la misma, la Compañía modifica el Deducible contratado en la cobertura básica a quedar en cero pesos (0\$) en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$2,000 (dos mil pesos 00/100 moneda nacional).

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Territorialidad

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

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

Exclusiones particulares:

- a. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. Están excluidos de esta cobertura adicional los Accidentes que causen lesiones de rodilla, columna vertebral y/o nariz, excepto cuando exista una Fractura , en cuyo caso el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente; adjuntando la radiografía o estudio que demuestre la existencia de la Fractura.**
- c. En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), deja sin efecto esta cobertura.**

5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, la Compañía cubrirá en territorio nacional los gastos médicos erogados a partir de cualquier Emergencia Médica por las complicaciones de los Tratamientos de los siguientes conceptos:

- a. Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b. Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia.
- c. Procedimientos terapéuticos o Tratamientos para control de fertilidad, esterilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual que se presenten antes de la fecundación.
- d. Procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales.
- e. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales que no sean a consecuencia de un accidente cubierto.

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

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para esta cobertura es de \$1,100,000.00 (un millón cien mil pesos 00/100 moneda nacional).

Deducible de la cobertura básica, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros de estas Condiciones Generales.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares:

- a. **Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. **En caso de no existir una Emergencia Médica prevalecerán las condiciones de la cobertura básica, misma que excluye los conceptos citados en esta cobertura.**
- c. **En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), deja sin efecto esta cobertura.**

6. Cobertura Nacional (CoNa)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, el Asegurado podrá recibir atención médica en cualquier parte del territorio nacional (dentro de la República Mexicana), aplicando las condiciones y límites contratados en la Póliza, se eliminará el aumento de Coaseguro establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros.

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

Suma Asegurada

Aplica la Suma Asegurada de la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro de la básica

Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros de estas Condiciones Generales.

Interacción con otras coberturas

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares:

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

7. Continuidad Garantizada (CONT)

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

- Solicite por escrito el beneficio de Continuidad Garantizada, dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la separación laboral y baja del Asegurado de la póliza colectiva de esta Compañía.
- Que el Asegurado haya ingresado a la póliza colectiva, con una edad máxima de 65 (sesenta y cinco) años.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada será la que se especifica en la carátula de póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

El Asegurado deberá de cubrir nuevamente el Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro vigente de esta Póliza, sin importar que estos ya hayan sido cubiertos en la Póliza colectiva.

Exclusiones particulares:

- Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentren estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- Enfermedades Preexistentes a la fecha de Antigüedad Reconocida de la póliza colectiva de AXA, la cual se especifica en el Endoso de Continuidad Garantizada.**
- Enfermedades excluidas expresamente a través de Endosos incluidos en esta Póliza.**

8. Conversión Garantizada (CGAR)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, la Compañía se obliga a pagar el importe de los gastos médicos y hospitalarios que erogue el Asegurado, una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada, con motivo de la atención médica de alguno de los Accidentes o Enfermedades cubiertas en este Contrato de Seguro.

Con la contratación de esta cobertura la Compañía otorga los siguientes beneficios:

- La Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios en que incurra el Asegurado de acuerdo con las condiciones estipuladas y contratadas por esta Póliza, una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada estipulado en la carátula de póliza.

- Una vez concluida la Póliza de Gastos Médicos Colectivo, el Asegurado podrá solicitar la cancelación de esta cobertura sustituyendo el Deducible de Conversión Garantizada por el Deducible contratado y estipulado en la carátula de póliza, sin pasar por el proceso de selección médica.
- La Compañía reconocerá las reclamaciones de Enfermedades iniciados desde la contratación de esta cobertura para la continuación del pago Siniestro.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite documentalmente, que se encuentra Asegurado en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo, donde la compañía aseguradora y el producto se encuentren registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como el importe de la Suma Asegurada pactada en aquélla, la suma asegurada del colectivo no podrá ser inferior a \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 moneda nacional) para poder contratar esta cobertura.

En caso de que el Contratante de la Póliza Colectiva realice cambios a las condiciones de la misma, el Asegurado deberá informar a la Compañía dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a los cambios, mediante el formato que al efecto le proporcione la Compañía. Si estos cambios corresponden a una Suma Asegurada menor a la permitida, y/o el producto y/o compañía aseguradora no se encuentren registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, deberá solicitar la baja de esta cobertura dentro del mismo plazo, posteriores a ese plazo no habrá obligación de la Compañía.

En caso de la baja del Asegurado de la póliza colectiva, para poder dar de Baja la cobertura de Conversión Garantizada se requerirá documentación oficial que compruebe la baja del Asegurado de la póliza colectiva y de su separación laboral o de la institución educativa. La baja la deberá solicitar dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de separación laboral o de la institución educativa, posterior a dicho periodo la Compañía quedará liberada de cualquier obligación relativa al beneficio de Conversión Garantizada.

En caso de que el Colectivo elimine la prestación del seguro colectivo, para poder dar de baja la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), se requerirá un documento oficial por parte del Contratante de la póliza colectiva donde se especifique la baja de dicha póliza para toda la colectividad, no procede en caso de baja de uno o de algunos asegurados del colectivo.

En ningún caso y en ninguna circunstancia esta cobertura será aplicable para el pago de gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado derivados de forma directa o indirecta de Accidentes o Enfermedades, ocurridos, diagnosticados o respecto de los cuales se haya generado un gasto con anterioridad a la contratación de esta Cobertura.

El pago de los gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado en afectación de su Póliza colectiva contratada con esta u otra aseguradora no obliga a la Compañía al pago de los gastos médicos u hospitalarios excedentes del Deducible de Conversión Garantizada en afectación de esta cobertura, pues su pago o Reembolso está sujeto a los términos y condiciones de las presentes Condiciones Generales.

Los efectos de la cancelación de esta cobertura son:

- a. Dejar sin efecto la cobertura Conversión Garantizada (CGAR), prevaleciendo vigente el Contrato de Seguro individual contratado el cual estará sujeto a los términos y limitantes establecidos en estas Condiciones Generales y cuya Suma Asegurada y Periodo de Pago de Siniestro serán los contratados y estipulados en la carátula de póliza, asimismo para la aplicación de Deducible y Coaseguro aplicará lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros.

- b. La Compañía continuará pagando los gastos médicos y hospitalarios que se hayan determinado como procedentes por la Compañía, generados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, con base en los términos y limitantes establecidos en estas Condiciones Generales.
- c. La Compañía respetará la Antigüedad generada en la cobertura cancelada para la Reducción de Periodos de Espera con base en los términos y limitantes establecidos en estas Condiciones Generales, para la Reducción de Periodos de Espera incluyendo la cobertura de Ayuda por Maternidad, SIDA o VIH, Cirugía Bariátrica. En caso de que al momento de contratación de Conversión Garantizada (CGAR) cuente con las coberturas de Preexistencias y Maternidad Extendida se reconocerá la antigüedad para reducir Periodos de Espera.

El Asegurado deberá solicitar por escrito la cancelación de esta cobertura, dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a la separación de la colectividad o baja de la póliza colectiva, debiendo presentar un comprobante oficial de la separación. En caso de que el Asegurado no cumpla con esta obligación, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación relativa al beneficio de Conversión Garantizada.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada es la contratada en la cobertura Básica y estipulada en la carátula de póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican condiciones contratadas y estipuladas en carátula de póliza. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros de estas Condiciones Generales.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Exclusiones particulares

- a. **Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. **La contratación de esta cobertura deja sin efecto la cobertura de Ayuda por Maternidad, Maternidad Extendida (MATE) y Deducible Cero por Accidente (DED0).**

9. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado en caso de presentar una Emergencia Médica por algún Accidente o Enfermedad cubierto, mientras se encuentre en viaje, fuera de la República Mexicana.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la República Mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedara sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

Adicionalmente, se consideran Emergencias médicas:

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

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

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

Gastos cubiertos:

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a. Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b. Honorarios por intervención quirúrgica, Consultas médicas y servicios médicos profesionales como anesthesiologists and nurses.
- c. Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

Todos los suministros:

- Deben de estar relacionados con el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto.
 - La indicación para la cual fue aprobado el uso del suministro debe estar especificada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>.
 - Los suministros deben estar aprobados por la ley del país donde se reciba la atención médica
- d. Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
 - e. Servicio de Ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea Médicamente necesario.
 - f. Prótesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el Tratamiento médico, a excepción de reemplazos.

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

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

Suma Asegurada

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

Deducible

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

Coaseguro

No aplica Coaseguro.

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

Pago de honorarios

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

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

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

Exclusiones particulares:

- a. Las Complicaciones del Embarazo y del (los) Recién Nacido(s).**
- b. Parto y cesárea posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.**
- c. Cualquier tipo de rehabilitación y/o servicio de enfermería fuera del Hospital.**
- d. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- e. En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), deja sin efecto esta cobertura.**
- f. 1. Medicamentos Fuera del Hospital inclusive si tiene contratada la cobertura adicional con costo 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).**

10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, el Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura (Territorialidad) a territorio extranjero (fuera de la República Mexicana) por los gastos para la atención médica del Asegurado en el extranjero, a consecuencia de las Enfermedades descritas más adelante, cuyo diagnóstico y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional y que cumplan con el Periodo de Espera establecido en las presentes Condiciones Generales para las siguientes Enfermedades:

a. Cáncer

Se cubren los gastos derivados de Tratamiento de los siguientes tipos de cáncer con metástasis de acuerdo con la clasificación TNM de las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), corroborados con los estudios correspondientes: cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.

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

b. Enfermedades Cerebrovasculares y Cerebrales

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

Quedan excluidos los tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); ataque isquémico transitorio, así como las Enfermedades distintas de las citadas en el párrafo inmediato anterior.

c. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía

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

Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis.

d. Trasplantes de Órganos

Quedan cubiertos únicamente el procedimiento quirúrgico para los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea, **excluyendo gastos postquirúrgicos.**

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

e. Infarto del miocardio

f. Enfermedades renales

g. Enfermedades de columna

Para acceder al beneficio amparado por esta cobertura, el Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al menos 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital, el informe médico, la historia clínica y el resultado de estudios practicados; para la autorización por parte de la Compañía.

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

Esta cobertura no se pagará vía Pago por Reembolso.

h. Segunda Opinión Médica en Estados Unidos

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

Para acceder al beneficio, amparado por esta cobertura, el Asegurado deberá cumplir con el siguiente requisito:

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

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

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

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

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

En caso de que el Médico que realice la segunda opinión médica solicite estudios adicionales, los gastos derivados de dichos estudios serán cubiertos mediante los procedimientos tradicionales establecidos para Servicio de Pago Directo o Pago por Reembolso.

La respuesta de la segunda opinión médica se entregará al Asegurado en el formato original que el Médico interconsultante emitió.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros de estas Condiciones Generales.

Pago de honorarios

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

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la República Mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedara sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

Al contratar esta cobertura se incluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero.

Exclusiones particulares:

- a. Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), la cobertura Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) no es aplicable.**
- c. En ningún caso la Compañía pague gastos médicos u hospitalarios de los Asegurados cuando estos residan fuera del territorio nacional.**
- d. Medicamentos fuera del hospital, inclusive y se tenga contratada la cobertura adicional con costo 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).**

11. Atención en el Extranjero (ATEX)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta, el Asegurado tendrá derecho a ampliar su Zona de Cobertura a territorio extranjero (fuera de la República Mexicana) aplicando las condiciones y límites contratados y establecidos para esta Póliza.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

Aplican Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero. Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se utiliza lo establecido en la cláusula 28. Pago de Indemnizaciones de Sinistros de estas Condiciones Generales.

Pago de honorarios

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

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que el Asegurado acredite a la Compañía que reside en la República Mexicana y que tiene su domicilio habitual dentro del mismo. Esta cobertura quedara sin efecto en caso de que el Asegurado cambie su domicilio o residencia a cualquier lugar fuera de la república mexicana.

En ningún caso la Compañía pagara gastos médicos u hospitalarios de los Asegurados cuando estos residan fuera del territorio nacional.

Al contratar esta cobertura se incluyen las coberturas de Emergencia Médica en el Extranjero (EMER) y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE).

Exclusiones particulares:

- a. **Para esta cobertura adicional son aplicables todas y cada una de las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos) de estas Condiciones Generales.**
- b. **Mediante la contratación de esta cobertura quedan sin efecto en territorio Extranjero las coberturas: Cobertura Nacional (CoNa) y Cliente Distinguido.**
- c. **En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR) esta cobertura de Atención en el Extranjero (ATEX) queda sin efecto.**

12. Cliente Distinguido (DIST)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, la Compañía otorga los siguientes beneficios:

Ascenso al siguiente nivel de la habitación estándar en territorio nacional

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

Este beneficio cubrirá lo que resulte menor entre:

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

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Este beneficio no aplica para:

Las coberturas de Ayuda por Maternidad, 2. Maternidad Extendida (MATE), Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE), Atención en el Extranjero (ATEX).

Paquete de Admisión

De acuerdo con esta cobertura se establece que la Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como: los primeros artículos de uso personal que se le entregan al Asegurado al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta por estas Condiciones Generales.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

\$500 (quinientos pesos 00/100 moneda nacional) por día de indemnización para alimentos del acompañante, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante la hospitalización del Asegurado, derivado de un Accidente o Enfermedad cubierta por la Póliza.

Dicho beneficio solo se cubrirá vía Pago por Reembolso.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

\$100 (cien pesos 00/100 moneda nacional) por día de indemnización para gastos de estacionamiento, por un máximo de 30 (treinta) días, siempre y cuando estos gastos sean erogados durante la hospitalización del Asegurado, derivado de un Accidente o Enfermedad cubierta por la Póliza.

Dicho beneficio solo se cubrirá vía Pago por Reembolso.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial de \$150 (ciento cincuenta pesos 00/100 moneda nacional) pesos m.n. en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

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

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

Cirugía por Miopía

Se cubren, a partir de 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua en la presente Póliza y contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, los gastos derivados de la siguiente Enfermedad:

- Miopía. Se cubren los gastos derivados de Cirugía por miopía en cualquiera de sus Tratamientos (incluyendo lente intraocular) y/o cirugía bilateral.

Se deberá tener al menos 5 (cinco) dioptrías en al menos un ojo y derivado de miopía.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegura será de \$30,000.00 (treinta mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado para uno o ambos ojos y será única para toda la vida del Asegurado.

Deducible y Coaseguro

Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.

Edad

Aplica para Asegurados a partir de los 21 (veintiuno) años de edad

Únicamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se generen a consecuencia de las siguientes complicaciones derivadas de los procedimientos quirúrgicos para Miopía:

- Ojo Seco: se cubrirá el Tratamiento de gotas solo por los primeros 2 (dos) años posteriores a la cirugía.
- Opacidad Corneal a consecuencia de un procedimiento cicatrizal anómalo: Se cubre el trasplante de córnea con una Suma Asegurada de \$200,000 (doscientos mil pesos 00/100 moneda nacional) por Asegurado y será única para toda la vida del Asegurado. Aplica Deducible y Coaseguro establecidos en la carátula de póliza.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Para este beneficio no aplica Reconocimiento de Antigüedad de ningún tipo.

Queratocono

Se cubren los gastos por queratocono en Asegurados mayores a 18 (dieciocho) años, solo en fases III o IV, siempre y cuando la Enfermedad se haya diagnosticado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses.

Únicamente estarán cubiertos los Tratamientos con anillos intracorneales o queratoplastia (trasplante corneal).

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica una vez rebasado el Deducible de Conversión Garantizada aplicando los límites y condiciones de esta cobertura.

Para esta cobertura, se considerará la Fecha de Antigüedad en AXA Colectivo e Individual para Reducción de Periodos de Espera.

13. Planmed®

Esta cobertura tiene como objeto brindar atención médica oportuna a partir de la fecha de alta de esta en la póliza para los Asegurados vigentes en ella. Dichos servicios serán brindados con los Prestadores de Servicio Planmed® que el Asegurado podrá consultar en el listado publicado en axa.mx.

De acuerdo con el Plan contratado, el Asegurado tendrá acceso a los siguientes beneficios:

Esencial

a. Check Up

El objeto de este beneficio es indemnizar al Asegurado los gastos erogados para la detección temprana de alteraciones de salud (Check Up), siempre y cuando se compruebe que el gasto sea igual o superior al monto a indemnizar.

Únicamente aplica para Asegurados mayores de 18 años.

El límite de responsabilidad para este beneficio se encuentra especificado en el Anexo 2: Tabla de Indemnización para el beneficio de Check Up de la Cobertura de Planmed® al final de las Condiciones Generales.

En caso de realizarse el Check Up con los Prestadores de Servicio Planmed®, operará el pago directo.

b. Consultas de Atención Primaria

Mediante este beneficio quedan cubiertos los honorarios médicos por concepto de consulta de medicina general, pediatría y ginecología de forma ilimitada, siempre y cuando el Asegurado cuente con un diagnóstico y programe sus consultas de seguimiento con el Prestador de Servicio Planmed® a través del teléfono 55 5169 3080.

En consulta de Atención Primaria el Médico podrá dirigir al Asegurado, en caso de que el diagnóstico así lo requiera, a los siguientes servicios médicos: Estudios de Laboratorio, Terapias Físicas, Inhaloterapia y Oxigenoterapia, y/o referir a otra consulta de Atención de Especialidad. El costo de dichos servicios no está cubierto dentro de este beneficio y correrá a cargo del Asegurado.

c. Atención Inmediata

Mediante este beneficio queda cubierta la atención médica prioritaria no programada que el Asegurado solicite directamente al Prestador de Servicio Planmed® a consecuencia de un Imprevisto Médico, como puede ser de manera enunciativa mas no limitativa, un dolor fuerte de cabeza, estómago, muscular, garganta u oídos, mareo, vértigo, dificultad respiratoria leve, heridas o quemaduras leves, ardor o sangrado en la orina, vómito, diarrea o fiebre, alergias, dermatológicas, esguinces o fracturas no expuestas.

Asimismo, quedan cubiertas las Terapias Respiratorias con los Prestadores de Servicio Planmed®, orientadas al cuidado y manejo de las enfermedades del sistema respiratorio que así lo requiera.

d. Reducción de coaseguro por hospitalización

Mediante este beneficio el asegurado tendrá una reducción de 10 puntos porcentuales de coaseguro sobre la factura hospitalaria, siempre y cuando dicha hospitalización haya sido indicada por un Prestador de Servicio Planmed® y se realice en los hospitales de convenio para este beneficio, disponibles para su consulta en axa.mx

Intermedio

Además de los beneficios antes mencionados, el plan Intermedio incluye lo siguiente:

e. Consultas de Especialidad

Mediante este beneficio quedan cubiertos los honorarios médicos con Médico de atención de especialidad, previa referencia de un Médico (Prestador de Servicio Planmed®), según sea necesario por el estado de salud y diagnóstico definitivo presentado por el Asegurado.

Las consultas de especialidades cubiertas por este beneficio son: Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía General, Dermatología, Psiquiatría, Psicología y Nutrición.

En consulta de Atención de Especialidad el Médico podrá dirigir al Asegurado, en caso de que el diagnóstico así lo requiera, a los siguientes servicios médicos: Estudios de Laboratorio, Terapias Físicas, Inhaloterapia y Oxigenoterapia, y/o referir a otra consulta de Atención de Especialidad o Primaria. El costo de dichos servicios estará cubierto bajo este plan, siempre y cuando se encuentren disponibles y se realicen con los Prestadores de Servicio Planmed®. Aquellos servicios prescritos por el Médico que no se encuentren disponibles con los Prestadores de Servicio Planmed® se cubrirán conforme a las Condiciones Generales de la cobertura básica.

El asegurado podrá consultar los estudios de laboratorio disponibles en axa.mx

Los procedimientos médicos que se realicen dentro del consultorio del Prestador de Servicio Planmed® adicionales a la consulta y/o lo mencionado en el párrafo anterior quedarán excluidos de esta cobertura.

f. Estudios de Laboratorio

Mediante este beneficio se cubren los estudios de laboratorio clínico y gabinete que se encuentren disponibles con los Prestadores de Servicio Planmed® y que sean necesarios para diagnosticar, tratar y dar seguimiento al estado de salud del Asegurado, siempre que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que sean indicados por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio Planmed® en una Consulta amparada por los beneficios de esta cobertura.
- Que sean médicamente justificados.

-
- Que tengan relación con el Diagnóstico o tratamiento de que se trate.

El asegurado podrá consultar los estudios de laboratorio disponibles en axa.mx

g. Terapias físicas.

Mediante este beneficio quedan cubiertas las Terapias Físicas a cargo de los terapeutas que forman parte de los Prestadores de Servicio Planmed® orientadas a la recuperación, mejora o curación de trastornos físicos relacionados con el sistema neuro-osteo-muscular que así lo requieran, siempre que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que sean indicados por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio Planmed® en una Consulta amparada por los beneficios de esta cobertura.
- Que sean médicamente justificados.
- Que tengan relación con el Diagnóstico o tratamiento de que se trate.

Este beneficio estará limitado a 10 sesiones para cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento. En caso de requerir más sesiones, el Asegurado deberá regresar con su Médico Tratante para otra prescripción y estará sujeta a la autorización de la Compañía.

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

Suma Asegurada

La Suma Asegurada será la misma que se contrató para la Cobertura Básica estipulada en la carátula de póliza, salvo que se indique lo contrario.

Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro

No Aplica.

Edad

La Edad de aceptación para la contratación de esta cobertura será desde el primer día de nacido y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para esta cobertura no existe un límite de Edad para la Renovación.

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 octubre de 2022 con el número BADI-S0048-0037-2021.

V. Exclusiones (Gastos no cubiertos)

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

1. Enfermedades Preexistentes, excepto lo estipulado en la cobertura adicional con costo IV. Coberturas adicionales con costo inciso 3. Preexistencia (PRE) en caso de haberla contratado.
2. Cualquier gasto derivado por cualquier Accidente o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
3. No se consideran Accidentes a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado ni tampoco a los Tratamientos en donde la primera atención médica y/o el primer gasto médico se realice después de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.
4. Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedades Congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la Póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura 18. Cobertura de Enfermedad Congénita y/o Genética.
5. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
6. Interrupción del embarazo durante las primeras 12 (doce) semanas sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
7. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, ni tampoco los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madres para ser trasplantadas.
8. Gastos de criopreservación de cordón umbilical.
9. Gastos derivados de Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante incluyendo todos los gastos del Recién Nacido.
10. No se cubrirán los Gastos derivados de Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad y/o la natalidad y/o Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas.
11. Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, cuando la gestación sea producto o deriva de Tratamientos para tratar la infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, salvo lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).

-
- 12. Gastos derivados por complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio derivados de Enfermedades y procedimientos del feto.**
 - 13. Enfermedades Congénitas, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, originados por alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.**
 - 14. Enfermedades Congénitas, genéticas, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento de Reproducción Asistida, infertilidad y/o esterilidad, excepto lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
 - 15. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura 7. Trasplante de Órganos.**
 - 16. Tratamientos por Enfermedades originados a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.**
 - 17. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, uso de drogas no legales y/o sustancias tóxicas no prescritas por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.**
 - 18. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro refrigerante para el Tratamiento de alopecia secundaria a quimioterapia, implantes de glúteos, bombas y prótesis para disfunción eréctil salvo lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
 - 19. Gastos de peluquería, pelucas, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.**
 - 20. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
 - 21. No se cubren los Tratamientos de cirugía por procedimientos médicos, quirúrgicos o Tratamientos dietéticos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica para Tratamiento de diabetes, salvo lo especificado en la cobertura 4.2. Cirugía bariátrica y lo especificado en la cobertura 5. Emergencia Médica por Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no Cubiertos (CGMM).**
 - 22. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.**
-

23. Gastos médicos derivados de:

- a. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
- b. Trastornos de enajenación mental.
- c. Trastornos de la conducta.
- d. Tratamientos para trastorno depresivo.
- e. Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.

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

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

24. Paquetes de Admisión salvo lo especificado en la cobertura 12. Cliente Distinguido (DIST).

25. Quedan excluidas las siguientes terapias, cualesquiera que sean su origen o Enfermedad que la haya causado:

- a. Rehabilitación psicomotora, excepto lo mencionado en la cobertura 4. Terapias de rehabilitación.
- b. Rehabilitación neuro feedback/ neuro-retroalimentación
- c. Terapias de neuro estimulación.
- d. Estimulación temprana.
- e. Rehabilitación cognitiva.
- f. Aprendizaje.
- g. Ocupacionales.
- h. Recreativas.
- i. Vocacionales.
- j. Neurolingüísticas.
- k. Lenguaje.

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

26. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción sexual, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.
27. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto y anillos intracorneales, excepto lo mencionado en el apartado III. Cobertura básica inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera.
28. Lentes intraoculares excepto en cirugía para corrección de cataratas y la cobertura 12. Cliente Distinguido (DIST).
29. Estrabismo para recién nacidos sin beneficio AXA.
30. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades cuyos gastos estén cubiertos.
31. Tratamientos basados en Medicina Alternativa, con beneficio incierto y/o con fines preventivos y/o por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales, excepto lo mencionado en la cobertura 14. Medicina Alternativa de estas Condiciones Generales.
32. No se cubrirán los gastos generados por la compra de Medicamentos, dispositivos y/o insumo que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y no tenga licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el Médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación.
33. Queda excluido cualquier gasto medico derivado de cualquier tipo de Medicamento que sea aplicado al Asegurado para tratar Enfermedades o síntomas diversos a los que se mencionan en las indicaciones terapéuticas del Medicamento de que se trate.
34. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones auto infligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
35. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas de resistencia o velocidad, motociclismo o práctica de deportes con vehículo con motor en cualquiera de sus modalidades.

-
36. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil (conductor o copiloto), motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas de resistencia o velocidad, motociclismo o práctica de deportes con vehículo con motor en cualquiera de sus modalidades.
37. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultra ligeros con y sin motor.
38. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar del Asegurado, entendiéndose como familiar a los padres, hijos y cónyuge.
39. Honorarios de médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.
40. Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento médico y/o quirúrgico de la Enfermedad o Accidente cubierto.
41. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes de este en un Hospital, Clínica o Sanatorio, salvo la cama extra y lo especificado en la cobertura 12. Cliente Distinguido (DIST).
42. Atención de Recién Nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra).
43. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:
- a. Fórmulas lácteas.
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.
 - c. Medicamentos Vitamínicos y productos Multivitamínicos.
 - d. Cosméticos y dermatológicos.
 - e. Medicamentos fuera del Hospital, salvo lo estipulado la cobertura 1. Medicamentos Fuera del Hospital (MFH).
 - f. Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - g. Medicamentos biológicos e insumos utilizados en Terapia celular.
 - h. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente o Enfermedad cubierto.
 - i. Fórmulas naturistas.
-

-
44. Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en las coberturas 9. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), 10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y 11. Atención en el Extranjero (ATEX).
 45. Gastos generados por la compra de Medicamentos fuera del Hospital en el extranjero, aun cuando se contraten las coberturas de 9. Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), 10. Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y 11. Atención en el Extranjero (ATEX).
 46. Reposición de Aparatos Ortopédicos, Prótesis y ayudas funcionales excepto cuando la cobertura básica especifique lo contrario, así como aquellos Aparatos Ortopédicos, Prótesis y ayudas funcionales que sean Preexistentes a la contratación de una Póliza Individual de AXA, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
 47. Aparatos auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición, con excepción de la cobertura 1.3 Cobertura del recién nacido con beneficio AXA.
 48. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos aun cuando sean indicados o justificados por un Médico.
 49. Terapias de relajación, masajes terapéuticos o indicaciones de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
 50. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en el apartado III. Cobertura básica de las presentes Condiciones Generales.
 51. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
 52. Prendas de vestir con propiedades terapéuticas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas y camisetitas.
 53. Medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos aplicados durante la estancia hospitalaria que no cuentan con registro sanitario en territorio nacional, ni tampoco con un permiso de importación específico y válido emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).
 54. Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México

55. Servicios de Enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral, así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento, cuidadoras y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, excepto lo mencionado en la cobertura 3. Cuidados en casa inciso a) Enfermería.

56. Enfermedades que en un expediente médico se determine su existencia, donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad o que hayan sido diagnosticadas en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de Renovación.

Este periodo de 30 (treinta) días no aplica en caso de Accidentes ni en Urgencias Médicas.

57. Cualquier gasto médico derivado de Tratamientos de magneto-terapia.

58. Cualquier gasto relacionado con Tratamientos de Cámara hiperbárica aun cuando sea prescrita por un Médico, salvo lo estipulado en la cobertura 16. Medicina hiperbárica.

59. Gastos de importación y/o procuración de córneas, tendones, ligamentos, piel y hueso de origen cadavérico.

60. No se cubren los gastos generados por Tratamientos o Medicamentos en investigación.

61. No se cubrirán los gastos derivados de Tratamientos basados en Medicamentos que carezcan de registro sanitario y cuya comercialización no esté autorizada en territorio nacional, para el caso de cáncer no se cubrirán todos aquellos Medicamentos que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

62. No se cubren los gastos administrativos, de transporte ni de importación órganos, células y tejidos para trasplante.

63. No se cubren los Tratamientos de terapia génica.

VI. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

Inicio de Cobertura del Contrato

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

- a. Accidente. Los Asegurados inscritos en la Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza.
- b. Enfermedad. Si se trata de una Enfermedad cubierta, salvo mención contraria, esta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza; este lapso no aplica cuando se trata de Renovaciones o Emergencias Médicas.
- c. La Suma Asegurada indicada en la carátula de póliza aplicará para cada uno de los Accidentes o Enfermedades cubiertos por el presente Contrato de Seguro, por Asegurado y hasta el Periodo de Pago de Siniestro contratado y no será reinstalable en ningún caso.

2. Gama Hospitalaria

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

La Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificada en la carátula de póliza.

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

3. Reducción o eliminación de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga la Compañía al Asegurado con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con características similares, en esta u otra compañía legalmente autorizada y cuya única finalidad es, exclusivamente, eliminar o reducir Periodos de Espera.

Este beneficio aplica para:

- a. Antigüedad en AXA Individual
 - Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades cubiertas conforme a estas Condiciones Generales, los cuales se encuentran citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura básica.

Este beneficio no aplica para la cobertura de Cirugía Bariátrica, Maternidad Extendida (MATE), Cobertura de Preexistencia (PRE) y la Cobertura adicional con costo inciso 12. Cliente Distinguido (DIST) numeral 12.6. Cirugía por Miopía.

b. Antigüedad en AXA

Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades cubiertas conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura básica, **excepto las siguientes:**

- **Ayuda por Maternidad, Recién Nacido con beneficio AXA y Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio.**
- **Cirugía Bariátrica.**
- **VIH o SIDA.**
- **Cobertura de Preexistencia (PRE) del apartado IV. Coberturas adicionales con costo.**
- **Cirugía por Miopía si cuenta con la Cobertura adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST).**
- **Maternidad Extendida.**

c. Antigüedad Reconocida

Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades cubiertas conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con Periodo de Espera del apartado III. Cobertura básica de estas Condiciones Generales, **excepto las siguientes:**

- **Ayuda por Maternidad, Recién Nacido y Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio.**
- **Cirugía Bariátrica.**
- **Cirugía por miopía si cuenta con la Cobertura adicional con costo 12. Cliente Distinguido (DIST).**
- **VIH o SIDA.**
- **Cobertura de Preexistencia (PRE).**

4. Deducible de Conversión Garantizada

Es la cantidad fija que aplica a los primeros gastos erogados para cada Siniestro y que corre a cuenta de la Póliza colectiva y/o a cargo del Asegurado en la que se encuentra Asegurado el solicitante.

En caso de contratación de la cobertura Conversión Garantizada (CGAR), este Deducible sustituye al Deducible general descrito.

En caso de baja de la cobertura, el Deducible que aplica será el de Deducible básico que se encuentra estipulado en la caratula de póliza y no el de dicha cobertura.

5. Periodo de Beneficio

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

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

6. Periodo de Gracia

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

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

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

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

7. Periodo al Descubierto

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

8. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

- a. Corrección del Contrato de Seguro

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

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

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

b. Notificaciones

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

9. Primas

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

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

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

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la carátula de póliza. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la carátula de póliza, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Lugar de pago

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

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

10. Cancelación del Contrato

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

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



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

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

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

11. Extinción de Obligaciones

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

En consecuencia, el Contratante y/o Asegurado Titular expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial de conformidad con el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante o Asegurado Titular para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o el Asegurado Titular y/o los representantes de estos disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

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

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

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

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

Bajo ninguna circunstancia, la Compañía pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado la Extinción de Obligaciones de la Compañía, aun cuando se trate de un Siniestro diferente al que provoco la terminación anticipada.

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

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

12. Revelación de Comisiones

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

13. Altas

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

Para que los hijos nacidos con beneficio AXA queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, se debe cumplir con que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y, se notifique a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

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

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

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

14. Bajas

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

15. Cambio de Plan

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

El Contratante o Asegurado Titular mediante el cambio de plan, podrá optar por modificar algunos de los siguientes elegibles:

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

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

La Compañía puede o no aceptar dicho cambio de plan de acuerdo con las políticas de cambio de plan vigentes.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio de plan, la Compañía no garantizará:

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

16. Cambio de Producto

Opción que la Compañía otorga al Contratante o Asegurado Titular para finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro en un producto distinto que se encuentre vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de la Compañía, esté Contrato de Seguro tendrá términos y Condiciones Generales diferentes.

Para solicitar dicho cambio, el Contratante o Asegurado Titular deberá solicitar la terminación del Contrato de Seguro vigente, llenar y firmar la Solicitud de Seguro y Cuestionario Médico con la finalidad que la Compañía realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

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

En caso de ser aceptado el cambio de Producto, la Compañía deberá notificarlo por escrito, respetando la Fecha de Alta de la Póliza anterior y la Fecha de Alta de las Coberturas Adicionales con costo.

El Asegurado al solicitar un cambio de plan, acepta expresamente que su Contrato de Seguro se cancela para celebrar un nuevo Contrato de Seguro en condiciones diferentes a las originalmente contratadas

17. Examen Médico

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

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

18. Renovación

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

La Renovación otorga el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a. Respetando la Fecha de Alta del Asegurado con la Compañía,**
- b. Sin requisitos de Asegurabilidad y**
- c. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.**

La Renovación no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro; en cada Renovación, la Compañía podrá modificar la redacción con fines de clarificar: Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas adicionales con costo, Cláusulas generales y Servicios de Asistencia.

En cada renovación se actualizará la Prima, los montos de Deducible, Suma Asegurada, Coaseguros y Topes de Coaseguro (Coaseguro máximo).

Cuando se incorporen a la práctica médica tratamientos, medicamentos o biológicos innovadores, nuevos desarrollos tecnológicos y/o dispositivos médicos emergentes cuya aprobación por la agencia regulatoria del país de origen, por la FDA, la EMA o por la Cofepris, haya ocurrido con posterioridad a la fecha de registro de este producto, al momento de la renovación del contrato, la Compañía podrá modificar la participación del Asegurado hasta en 50 puntos porcentuales de Coaseguro, sin que aplique un tope en la cobertura de los gastos derivados de dicho tratamiento, medicamento o biológico innovador, de los nuevos desarrollos tecnológicos o dispositivos médicos emergentes, lo anterior con la finalidad de poder mantener la continuidad de la cobertura ofrecida por este Contrato de Seguro, y la congruencia con las condiciones originalmente contratadas.

Asimismo, la Compañía se compromete a que dicha Renovación se realizará con productos que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de la práctica actuarial.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la Renovación de este Contrato debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 23. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

19. Rehabilitación

En el caso que este Contrato de Seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la cláusula 10. Primas, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

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

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

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

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

20. Prescripción

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

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

21. Zona de Cobertura (Territorialidad)

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

En caso de contratar una de las siguientes coberturas adicionales: Emergencia Médica en el Extranjero (EMER), Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE) y Atención Médica en el Extranjero (ATEX), los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas adicionales.

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

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

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

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

22. Moneda

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

23. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

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

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

24. Agravación del Riesgo

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

Derivado de lo anterior, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 52, 53 fracción I, 54, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, por agravación esencial del riesgo, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la

delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

25. Competencia

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

- a. La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b. La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68, 70, 71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

En el supuesto que el Contratante o Asegurado Titular así lo determinen, podrá hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la cláusula 31. Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Generales.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

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

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

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

Para consultar otras oficinas de atención en el país ver:

axa.mx/web/servicios-axa/prestadores-de-servicios

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

Registro electrónico de comentarios: **axa.mx/web/servicios-axa/quejas**

Condusef

Teléfonos:

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

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

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

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

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

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

26. Edad

- a. La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.
- b. Si a consecuencia de una inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación del Contrato de Seguro, este estuviera fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos de acuerdo a lo establecido en los artículos 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.
- d. Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la prima con base en la Edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la prima resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

27. Siniestros

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

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

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

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

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

28. Pago de Indemnizaciones de Siniestros

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

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

Siniestros iniciales

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

Pagos Complementarios

Los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con los límites y Condiciones Contratadas vigentes y estipuladas en la carátula de póliza al momento de la erogación del gasto, siempre y cuando el Asegurado Titular o Contratante no haya solicitado un cambio de Plan o Producto.

En caso de que el Asegurado haya realizado un cambio de Plan o Producto, y este sea aprobado por parte de la Compañía, los gastos subsecuentes se continuarán pagando de acuerdo con la Gama Hospitalaria, Tabulador, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, Periodo de Pago de Siniestros, coberturas adicionales y Endosos estipulados en la Póliza en la Vigencia que corresponde al momento la erogación del nuevo gasto, considerando los cambios solicitados.

Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos médicos y hospitalarios hayan sido erogados dentro del territorio nacional y considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima o bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Beneficio o del Periodo de Gracia.

28.1. Aplicación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada iniciará desde la fecha del gasto más antiguo Procedente ingresado a la Compañía para cada Accidente, Enfermedad cubierto y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

En caso de solicitar una nueva Suma Asegurada y esta haya sido aceptada por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, se aplicará la nueva Suma

Asegurada estipulada en la Póliza en la vigencia que corresponde al momento de la erogación del nuevo gasto, descontando el monto erogado desde que se abrió el Siniestro en esta Compañía.

28.2. Aplicación de Deducible

Siniestro Inicial

El monto de Deducible se fija en el momento en el que los gastos rebasen el Deducible estipulado en la Póliza. Es decir, el Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto; y una vez cubierto el Deducible, este no sufrirá actualización y/o ajuste a menos que exista Cambio de Plan o Cambio de Producto.

Pago de complementos

En caso de solicitar un cambio de Deducible y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, se reconocerá a cuenta de Deducible, el monto pagado por este concepto en dicha Póliza, es decir el Asegurado deberá cubrir el monto del nuevo Deducible y la Compañía tomará en consideración el monto aplicado por concepto de Deducible en la Póliza anterior, si el monto fuera mayor no se reembolsará el monto por este concepto. Para la cobertura de Continuidad Garantizada (CONT), el Deducible se deberá de cubrir en su totalidad, sin tomar en cuenta ningún otro monto pagado por este concepto.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR) aplica lo especificado en dicha cobertura, siendo el Deducible de Conversión Garantizada el que deberá aplicarse, dejando sin efecto el Deducible de la cobertura básica.

28.3. Aplicación de Coaseguro

Siniestro Inicial

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes en cada Siniestro cubierto hasta el Tope de Coaseguro, después de haber aplicado el Deducible contratado. Dicho porcentaje, así como el Tope de Coaseguro, están indicados en la carátula de póliza. El Tope de Coaseguro que aplicará será el vigente en el momento que el monto por este concepto sea rebasado.

Pago de complementos

Aplica Coaseguro hasta que el monto por este concepto rebase el Tope de Coaseguro vigente en ese momento, incluyendo la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR).

En caso de solicitar un cambio de Coaseguro y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior, se considerará a cuenta de Coaseguro lo aplicado previamente hasta que el monto por este concepto rebase el Tope de Coaseguro vigente en ese momento; en caso de que el Coaseguro aplicado en la Póliza anterior haya sido mayor, no se reembolsará la diferencia.

Para la cobertura de Continuidad Garantizada (CONT) el Coaseguro deberá ser cubierto en su totalidad hasta el Tope de Coaseguro, sin considerar a cuenta ningún monto pagado con anterioridad por este concepto.

El porcentaje y Tope de Coaseguro podrán modificarse de acuerdo a lo siguiente:

- a. Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio con Gama Hospitalaria diferente a la contratada:

1. Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de menor Gama Hospitalaria a la contratada, se reducirán puntos porcentuales de Coaseguro de acuerdo con la Gama Hospitalaria de atención sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria, manteniendo el Tope de Coaseguro contratado correspondiente a la columna Contratada o inferior conforme a la tabla del inciso e) de este apartado. El máximo beneficio que podrá tener el Asegurado es el correspondiente al Coaseguro contratado.
2. Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de mayor Gama Hospitalaria a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, modificando también el Tope de Coaseguro a aplicar (el correspondiente a la columna Superior/Diferente) conforme a la tabla del inciso e) de este apartado.
3. Si el Asegurado decide acudir a un Hospital, Clínica o Sanatorio de la Gama Hospitalaria contratada, aplica Coaseguro y Tope de Coaseguro contratado.

Lo anterior en base al siguiente esquema:

Gama hospitalaria contratada	Gama hospitalaria de la atención		
	Diamante	Esmeralda	Zafiro
Diamante	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Esmeralda	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Zafiro	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

- b. Todos los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que no formen parte de los Prestadores en Convenio, serán considerados como Gama Hospitalaria Diamante para la aplicación del Coaseguro y no aplicará Tope de Coaseguro
- c. Si el Asegurado recibe la atención médica en una Zona distinta a la zona de tarificación que se encuentra indicada en la caratula de póliza, se aplicará disminución o aumento de puntos porcentuales de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la siguiente tabla, el aumento no aplicará para Emergencias Médicas:

Zona de atención contratada	Zona de atención hospitalaria			
	Metropolitana	Monterrey	Guadalajara	Otra
Metropolitana	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Reducción de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado
Monterrey	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Guadalajara	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Otra	Aumento de 20 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Aumento de 10 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado	Coaseguro contratado

1. En caso de Disminución de puntos porcentuales de Coaseguro, el máximo beneficio que podrá tener el Asegurado es el correspondiente al Coaseguro contratado manteniendo su Tope de Coaseguro indicado en la columna Contratada o inferior conforme a la tabla del inciso e) de este apartado
2. En caso de Aumento de puntos porcentuales al Coaseguro contratado, se modificará el Tope de Coaseguro aplicando el correspondiente en la columna Superior/Diferente conforme a la tabla del inciso e) de este apartado.
- d. En caso de que el Asegurado reciba la atención médica en una zona diferente y Gama Hospitalaria diferentes a las contratadas, aplicará la combinación (suma) de las tablas presentadas en el inciso a y c.
- e. En todos los casos existe un Tope de Coaseguro a pagar por el Asegurado, que varía de acuerdo con el porcentaje de Coaseguro contratado y de la Gama Hospitalaria y/o Zona de atención utilizada, como se muestra en el siguiente cuadro:

Coaseguro contratado	Tope de Coaseguro	
	Atención en gama hospitalaria o zona de atención	
	Contratada o inferior	Superior / Diferente
5%	\$41,000	\$104,000
10%	\$45,000	\$121,000
20%	\$80,000	\$145,000
30%	\$100,000	\$190,000

En caso de que el Asegurado se atienda en un Hospital, Clínica o Sanatorio o zona de atención de mayor nivel al contratado, el Tope de Coaseguro se fijará en el nivel Superior/Diferente para todos los gastos del Siniestro, aunque el Asegurado regrese a sus zona o nivel de atención contratado.



28.4. Aplicación de Periodo de Pago de Siniestros

El Periodo de Pago de Siniestro iniciará desde la fecha del gasto más antiguo Procedente ingresado a la Compañía para cada Accidente o Enfermedad cubierto y perdurará por el lapso elegido por el Contratante o Asegurado Titular estipulado en la carátula de póliza, considerando que el Contrato de Seguro se encuentre vigente.

En caso de solicitar un Periodo de Pago de Siniestros nuevo y este haya sido aceptado por la Compañía, para los Siniestros que estuvieron amparados en la Póliza anterior al cambio, se aplicará el nuevo Periodo de Pago de Siniestros descontando el tiempo transcurrido desde que se abrió el Siniestro.

28.5. Beneficio de Aviso Previo

Es el proceso por el cual el Asegurado notifica a la Compañía los eventos enlistados más adelante, pudiendo obtener un beneficio de reducción de 5 (cinco) puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado.

- a. Para todo tipo de cáncer, leucemia, linfomas o melanomas (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia) diagnosticados con estudio de patología, excepto carcinoma In Situ de piel; el Asegurado deberá cumplir con:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio de la Enfermedad o un máximo 10 (diez) días posteriores al diagnóstico y,

Para Tratamientos posteriores sobre la misma Enfermedad, aplicará este beneficio, siempre y cuando desde el primer Tratamiento haya contado con este beneficio.

El beneficio únicamente aplica sobre el Tratamiento programado, incluyendo honorarios médicos. Para Radioterapia y Quimioterapia este beneficio se otorgará, aunque el primer Tratamiento no haya contado con este beneficio, siempre que se programe el Medicamento y/o su aplicación y se realice con Proveedores designados por la Compañía.

- b. Cualquier Programación de Servicios con Hospitalización, se deberá:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio de la Enfermedad o un máximo 10 (diez) días posteriores al diagnóstico o,
 - Dar aviso a la Compañía 7 (siete) días antes de ingresar al Hospital y,
 - No haber iniciado Tratamiento médico derivado de dicha Enfermedad.

Adicional:

- Para columna vertebral, hombro, rodilla y cadera aplicará, siempre y cuando el Asegurado cuente con una segunda opinión médica.

Para cirugías posteriores sobre la misma Enfermedad, aplicará este beneficio, siempre y cuando desde la primera cirugía haya contado con este beneficio.

El beneficio únicamente aplica sobre el evento hospitalario programado, incluyendo honorarios médicos, en caso de que no sea requerida Hospitalización este beneficio aplicará para los Medicamentos que se programen con proveedores.

- c. Para Hospitalizaciones en el extranjero, se deberá:
 - Dar aviso a la Compañía desde el inicio de la Enfermedad o un máximo 10 (diez) días posteriores al diagnóstico o,

- Dar aviso a la Compañía 10 (diez) días antes de ingresar al Hospital en el extranjero y,
- No haber iniciado Tratamiento médico derivado de dicha Enfermedad.

Esto solo aplica si se cuenta con alguna de las siguientes Coberturas adicionales con Costo: Atención en el Extranjero (ATEX) y Enfermedades Cubiertas en el Extranjero (ECE).

Para cirugías posteriores sobre la misma Enfermedad, aplicará este beneficio, siempre y cuando desde la primera cirugía haya contado con este beneficio.

El beneficio únicamente aplica sobre el evento hospitalario programado, incluyendo honorarios médicos.

El diagnóstico se determinará con la información médica inicial proporcionada por el Médico que estableció el diagnóstico definitivo, así como los estudios que evidenciaron la Enfermedad.

Aplicación de Coaseguro para el Beneficio de Aviso previo:

Una vez que el Asegurado haya cumplido con las condiciones anteriores, el Coaseguro se disminuirá en 5 (cinco) puntos porcentuales sobre el gasto hospitalario, al contratado y especificado en la carátula de póliza.

En adición a lo señalado en el apartado V. Exclusiones (gastos no cubiertos), esta cobertura no ampara:

- **Cualquier procedimiento no aprobado por las instituciones nacionales o internacionales de salud.**

29. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un Interés Moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

30. Beneficios Fiscales

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

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

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

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

31. Arbitraje Médico

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

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

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

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

32. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, Condiciones Generales, Endosos y demás documentación contractual, a través de la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante al momento de la contratación o a través del medio elegido por este.

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

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

33. Responsabilidad de la Compañía

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

34. Subrogación

La Compañía con fundamento en el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato Seguro, quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado o beneficiario de pago, hasta el límite de los gastos erogados y pagados en afectación de esta Póliza de seguro, contra los terceros en razón del Siniestro, es decir, en contra de los causantes de las lesiones, Accidentes, Enfermedades que dieron origen a los gastos médicos y hospitalarios pagados por la Compañía.

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

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

VII. Servicios de Asistencia AXA Assistance

I. Definiciones

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

a. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de Alta en la Póliza.

b. Equipo Médico de AXA Assistance

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta de AXA Assistance a un Beneficiario.

c. Familia Asegurada

Asegurados que estén dados de Alta en la Póliza.

d. Invitado de la Familia Asegurada

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

e. Personal Doméstico

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

f. Representante

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

g. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA Assistance a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

h. Situación de Asistencia

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

i. Territorialidad

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

j. Viaje

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



k. País de Residencia

Para fines de este Contrato de Seguro, República Mexicana.

l. Residencia Permanente (Domicilio)

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

II. Servicios de asistencia incluidos en la Póliza

Tu médico 24 horas

a. Asistencia Médica Telefónica

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

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

b. Envío de Ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

AXA Assistance gestionará el traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano, si el equipo médico de AXA Assistance considera necesaria su Hospitalización y realizará el traslado utilizando los medios más adecuados.

También se cubrirán los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando estos sean recomendados por el equipo de médicos de AXA Assistance.

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en caso de no existir proveedores disponibles, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

d. Asistencia nutricional telefónica

AXA Assistance otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado con nutriólogos en cabina (horario 9:00–17:00 horas de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada. Pasado dicho tiempo se le recomendará al Beneficiario consultar a un nutriólogo personalmente.

e. Asistencia psicológica telefónica

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

III. Servicios de asistencia adicionales con costo

Servicios de Asistencia en Viajes (SAV)

Mediante la contratación y a partir de la Fecha de Alta de esta cobertura adicional, los Servicios de Asistencia que se citan a continuación y serán proporcionados por AXA Assistance, empresa especializada en programas de asistencia.

Los servicios que a continuación se describen, deberán programarse, llamando a los teléfonos que al efecto indique la Compañía.

Beneficios

a. Traslado médico a un centro médico

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

- a. El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- b. Si fuera necesario por razones médicas:
 - El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, Ambulancia aérea, avión de línea regular o Ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.
 - Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA Assistance organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o centro médico más apropiado a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA Assistance y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

b. Boleto viaje redondo para un familiar y gastos de hospedaje

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

Además, AXA Assistance gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de 1,000.00 USD. (mil dólares) por día, durante 10 (diez) días naturales.

c. Boleto redondo para un familiar

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

d. Boleto para profesional reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA Assistance, a consecuencia de Accidente o Enfermedad (no

producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), AXA Assistance gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados.

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

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, AXA Assistance gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de \$25,000.00 (veinticinco mil pesos 00/100 moneda nacional). en total, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

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

f. Repatriación médica a su hogar o a un centro de rehabilitación

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

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

g. Transmisión de mensajes de emergencia para comunicarle a sus familiares información necesaria

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

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

h. Traslado de restos Mortales, gestión de trámites para el traslado incluyendo, la preparación del cuerpo, documentación necesaria y el pago del traslado o entierro local

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

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

i. Asistencia en robo o pérdida de equipaje y de documentos extraviados. En caso de recuperación, se realizará el reenvío

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

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

j. Asistencia médica en el extranjero hasta por 10,000 (diez mil) USD Gastos Médicos y de Hospitalización

AXA Assistance proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios en caso de que el Asegurado requiera Hospitalización en el Extranjero, hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 (cinco mil) U.S. Dólares por viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 (diez mil) U.S. Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

Quedan excluidos costos de Prótesis, anteojos y lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas tipo check up o rutinarias, gastos médicos y de Hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido indicados o justificados antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

k. Gastos dentales por urgencia (máximo \$500 (quinientos) USD)

En el caso de que un Beneficiario sufra problemas agudos que requieran Tratamiento odontológico de urgencia, se proporcionarán los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$500 (quinientos) U.S. Dólares.

l. Gastos de hotel por convalecencia (máximo \$100 (cien) USD x día)

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

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

m. Regreso anticipado al domicilio en caso de fallecimiento de un familiar de primer grado, por línea aérea comercial y clase económica

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

n. Repatriación Sanitaria

En caso de que el Beneficiario se encuentre en algún lugar fuera de la República Mexicana donde se presente un brote epidémico, decretado como tal por la Organización Mundial de la Salud y el Beneficiario solicite a la Compañía su repatriación hacia un centro médico en su lugar de residencia habitual, AXA Assistance en coordinación con el Médico tratante determinarán la conveniencia y gestionarán el traslado.

Si el Asegurado no puede regresar a su Residencia Permanente como pasajero regular, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, AXA Assistance gestionará su traslado por el medio necesario según las indicaciones del Médico tratante y se hará cargo de todos los gastos que fueran necesarios para el traslado.

Este beneficio únicamente podrá ser utilizado previa programación con AXA Assistance llamando a los teléfonos que al efecto indique la Compañía. No aplica Pago por Reembolso.

Los Servicios de Asistencia en viajes están disponible las 24 horas.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada (CGAR), aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.

IV. Obligaciones del Beneficiario

a. Solicitud de Asistencia

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

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

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

b. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de AXA Assistance, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del Médico que habitualmente atienda al Beneficiario.
- El equipo de Médicos de AXA Assistance o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

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

c. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

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

En caso de peligro de la vida

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

Uso de Ambulancia terrestre sin previa notificación 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.

V. Normas generales

a. Mitigación

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

b. Prescripción de las reclamaciones

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

c. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d. Subrogación

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

VI. Exclusiones particulares de los Servicios de Asistencia en viajes

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico.**
- II. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- III. El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA Assistance.**
- IV. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- V. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.**

VI. Las situaciones de Asistencia que sean generadas por Programación de Servicios.

VII. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:

- a. La participación directa del Beneficiario en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad.
- b. Enfermedad o Accidente imputable a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunami, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.
- c. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
- d. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
- e. La práctica de deportes como profesional, la participación en competencias oficiales y en exhibición.
- f. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
- g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
- h. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o las buenas costumbres.
- i. Traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por Programación de Servicios de cesárea.
- j. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
- k. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- l. Trasplante de Órganos o miembros de cualquier tipo.
- m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.

-
- n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
 - o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
 - p. La muerte o lesiones originadas de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**
 - q. Lesiones o Enfermedades menores, tales que no ameriten traslado en Ambulancia conforme la prescripción del Médico tratante.**
 - r. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
 - s. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.**
 - t. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial.**
 - u. La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**
 - v. Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una Ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo.**

VIII. Artículos citados en las Condiciones Generales

Leyes Aplicables

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	Artículo
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables; IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento; V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;	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 esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes; VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.	Art. 276
--	-----------------

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

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

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato; II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	Art. 172
Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del asegurado. Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la Póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.	Art. 173

Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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. 50 bis

Art. 65

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación solo 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.	Art. 68
--	----------------

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. 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 esta 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 esta 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, este 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	Art. 68
---	----------------

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. 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, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda. XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	Art. 68
En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.	Art. 70
Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.	Art. 71
En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.	Art. 72 Bis

Ley Monetaria

La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en esta, 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 solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

Art. 8

IX. Significado de Abreviaturas

- **MFH:** Medicamentos fuera del Hospital.
- **MATE:** Maternidad Extendida.
- **PRE:** Preexistencias.
- **DED0:** Deducible Cero por Accidente.
- **CGMM:** Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos.
- **CoNa:** Cobertura Nacional.
- **CONT:** Continuidad Garantizada.
- **CGAR:** Conversión Garantizada.
- **EMER:** Emergencia en el Extranjero.
- **ECE:** Enfermedades cubiertas en el Extranjero.
- **ATEX:** Atención en el Extranjero.
- **DIST:** Cliente distinguido.
- **SAV:** Servicios de Asistencia en Viajes.
- **GMM:** Gastos Médicos Mayores.
- **USD/US:** Dólares.



-
- **M.N.:** Moneda Nacional.
 - **N/A:** No Aplica.
 - **Max.:** Máximo.
 - **Hrs:** Horas.
 - **Art.:** Artículo.
 - **C.P.:** Código Postal.
 - **AXA Ind.:** AXA Individual.
 - **DSM:** Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder.
 - **FDA:** Food and Drug Administration.
 - **FEUM:** Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
 - **IMC:** Índice de Masa Corporal.
 - **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
 - **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
 - **UNE:** Unidad Especializada de Atención a Clientes.
 - **Condusef:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

X. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de febrero de 2022, con el número CNSF-S0048-0061-2022.

Anexo 1: Tabla de indemnización para el Beneficio de Atención Médica

Especialidad	Indemnización
Una consulta o videoconsulta al año con un Médico General, Ginecólogo o Pediatra.	\$80.00
Una consulta o videoconsulta al año con un Nutriólogo	\$80.00

Estudios	Indemnización
Papanicolaou una vez por año Póliza (edad recomendada a partir de los 18 años).	\$80.00
Antígeno prostático una vez por año Póliza (edad recomendada a partir de los 40 años).	\$80.00

Anexo 2: Tabla de indemnización para el Beneficio de Check Up de la Cobertura Planmed®

Género	Edad	Indemnización
Masculino	18-39 años	\$300.00
Masculino	40-49 años	\$300.00
Masculino	50 años en adelante	\$300.00
Femenino	18-49 años	\$300.00
Femenino	50 años en adelante	\$300.00

Lista de estudios autorizados para el Beneficio de Check Up:

- Anticuerpos anti-VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.)
- Colesterol de baja densidad (LDL)
- Papanicolaou citología cervicovaginal
- Glicemia en ayunas
- Hemoglobina glucosilada (A1c)
- Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL)
- Sangre oculta en materia fecal, técnica inmunohistoquímica
- Antígeno prostático específico total (PSA)
- Creatinina en suero
- Examen general de orina
- Perfil de lípidos
- Electrocardiograma de superficie, 12 derivaciones



Servicios de Asistencia incluidos:

a. Protección Dental

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

Los servicios dentales otorgados por este beneficio son:

Sin costo
Evaluación completa
Dos limpiezas dentales al año

Con costo preferencial son:

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

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

Servicios de Asistencia con costo:

a. Protección Dental Integral (PDI)

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

Extracción de terceros molares
Maxilofacial
• Extracción quirúrgica de restos radiculares • Extracción sencilla de restos radiculares • Ferulización • Biopsia de tejidos duros • Biopsias intraorales (tejidos blandos) • Drenado de absceso intraoral • Frenillectomía

Periodoncia
• Gingivectomía por arcada • Gingivoplastia • Raspado y alisado radicular abierto por cuadrante • Raspado y alisado radicular cerrado por cuadrante • Alargamiento de corona (por diente) • Injerto de hueso bovino • Injerto de hueso musculoesquelético • Cuña distal • Injerto de tejido conectivo • Terapia de mantenimiento periodontal
Prótesis
• Corona en metalporcelana • Endoposte de fibra de vidrio • Endoposte vaciado • Incrustación en porcelana
Protección Dental Integral para niños, incluye adicionalmente
• 2 selladores gratis pagando el 30% de su precio en las posteriores • 1 resina infantil gratis

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

Cancelación

Este servicio de asistencia solo podrá ser cancelado durante los primeros 30 (treinta) días naturales de Vigencia de la Póliza y a petición del Asegurado.

Tu médico 24 horas. Envío de Médico a Domicilio

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

Cliente Distinguido (DIST). Envío de Médico a Domicilio

En caso de haber contratado la cobertura adicional con costo Cliente Distinguido (DIST).

Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

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

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

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la cláusula 36. Cláusula especial de Servicios de Asistencia AXA Assistance; en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

En caso de tener contratada la cobertura de Conversión Garantizada, aplica el beneficio sin necesidad de rebasar el Deducible de Conversión Garantizada.





Llámanos sin costo
800 911 9999
axa.mx