

Gastos Médicos

Condiciones generales

Gastos Médicos Mayores

Internacional



	Página
I. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Agravación del Riesgo	7
3. Antigüedad	7
4. Asegurado	7
5. Biología de la Reproducción	7
6. Cambio de Plan o Cambio de Producto	7
7. Coaseguro	8
8. Compañía	8
9. Contratante	8
10. Contrato o Póliza	8
11. Deducible	8
12. Dependientes Económicos	8
13. Eliminación o reducción de Periodos de Espera	8
14. Endoso	8
15. Enfermedad	8
16. Enfermedad Mental	8
17. Equipo tipo Hospital	8
18. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)	9
19. Hospital o Sanatorio	9
20. Hospitalización	9
21. Leyes aplicables	9
22. Madre Asegurada	9
23. Madre Adoptiva	9
24. Madre Biológica	9
25. Medicamento	9
26. Médico	9
27. Nivel Hospitalario	9
28. Órtesis	9
29. Padecimiento Congénito	10
30. Padecimientos Preexistentes	10
31. Pago por Reembolso	10
32. Periodo de Espera	10
33. Perito Médico	10
34. Plan	10
35. Politraumatismo	10
36. Politraumatizado	10
37. Prestadores en Convenio para Pago Directo	10
38. Procedimientos Voluntarios	10
39. Programación de Cirugías	11
40. Prótesis y Aparatos Ortopédicos	11
41. Segunda Opinión Médica	11
42. Servicio de Pago Directo	11

	Página
43. Síndrome de Talla Baja	11
44. Signo	11
45. Síntoma	11
46. Solicitante Titular o Asegurado Titular	11
47. Suma Asegurada	12
48. Trauma Contuso	12
49. Urgencia Médica o Emergencia Médica	12
50. Útero Subrogado	12
II. Objeto del Seguro	12
III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos	12
1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos	12
2. Honorarios por Consultas Médicas	13
3. Gastos Dentro del Hospital	13
4. Equipo de Anestesia y Material Médico	13
5. Gastos del Acompañante	13
6. Tratamientos a consecuencia de una Enfermedad o Accidente	13
7. Honorarios de Médicos	13
8. Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos	13
9. Consumo de Oxígeno	13
10. Transfusiones de Sangre	13
11. Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos	14
12. Tratamiento Dental por Accidente	14
13. Equipo Tipo Hospital	14
14. Medicamentos	14
15. Uso de Ambulancia	14
16. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica	14
17. Urgencia Médica en el Extranjero	15
18. Honorarios de Enfermeras	15
19. Estudios de Laboratorio y Gabinete	16
20. Recién Nacido	16
21. Padecimientos Congénitos	16
22. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos	16
23. Consulta médica Psiquiátrica o Psicológica	17
24. Trasplante de Órganos	17
25. Maternidad por Parto Normal o Cesárea	17
26. Talla Baja	17
27. Protección Dental (servicio de asistencia incluido)	17

	Página
IV. Periodos de Espera	18
V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos	19
VI. Cláusulas Generales	21
1. Cobertura del Contrato	21
2. Periodo de Beneficio	21
3. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	21
4. Vigencia	21
5. Residencia	22
6. Primas	22
7. Cancelación del Contrato	22
8. Revelación de Comisiones	22
9. Altas	23
10. Bajas	23
11. Cambio de Plan o Cambio de Producto	23
12. Examen Médico	23
13. Ajustes	23
14. Privilegio de Conversión	23
15. Renovación	24
16. Rehabilitación	24
17. Prescripción	24
18. Moneda	25
19. Omisiones o Inexactas Declaraciones	25
20. Competencia	25
21. Edad	26
22. Siniestros	26
23. Garantía de Pago por Reembolso	27
24. Pago de Indemnizaciones	27
25. Servicio de Pago Directo	27
26. Sistema de Pago por Reembolso	27
27. Aplicación de Deducible y Coaseguro	28
28. Servicios Médicos en Territorio Extranjero	29
29. Casos de Alta Prioridad e Internamiento programado en Territorio Extranjero	29
30. Interés Moratorio	30
31. Beneficios Fiscales	30
32. Entrega de la Documentación Contractual	30
VII. Beneficios incluidos para Pólizas individuales /familiares	31
1. Programa Cliente Especial (PCE)	31

	Página
VIII. Coberturas adicionales con costo para Pólizas individuales/familiares	40
1. Deducible O x Accidente + Muerte Accidental (DOxA)	40
2. Paquete de Beneficios Adicionales (BAd)	40
3. Cobertura de Dinero en Efectivo (DEf)	49
4. Extensión de Cobertura (ExtC)	49
5. Cobertura de Vida en Vida (VeV)	51
6. Protección Dental Integral (DENT) (servicio de asistencia con costo)	52
IX. Artículos citados en las condiciones generales	53
X. Registro	59

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

Gastos Médicos Mayores Internacional

Individual / familiar

Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos del siguiente Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

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

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

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

2. Agravación del Riesgo

Hay agravación cuando se produce un nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el Contrato y que de haberse conocido por la Compañía, ésta no habría contratado sino estableciendo condiciones distintas, tales como: lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad; lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte; 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.

3. Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una póliza de Gastos Médicos con esta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro.

4. Asegurado

Persona incluida en la póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta con derecho a los beneficios contratados.

5. Biología de la Reproducción

Todo procedimiento médico y/o quirúrgico que lleve por sí, auxiliar, favorecer o permitir que se logre un embarazo ya sea dentro de la madre o fuera de esta (Útero Subrogado); Con un óvulo fecundado propio no donado (tanto de padre como de madre) utilizando para ello técnicas de fertilización in Vitro, implantación de óvulo fecundado en la madre, o útero subrogado.

6. Cambio de Plan o Cambio de Producto

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

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

- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Nivel Hospitalario.
- Coberturas adicionales.

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

7. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza. **Por lo tanto este concepto no es reembolsable.**

8. Compañía

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

9. Contratante

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

10. Contrato o Póliza

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

11. Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada Accidente o Enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía. **Por lo tanto este concepto no es reembolsable.**

12. Dependientes Económicos

Cónyuge o Concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la Ley de Orden Común que resulte aplicable, así como los ascendientes en línea recta menores de 65 años para el primer año de contratación y los descendientes en línea recta.

13. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que la Compañía otorga con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir el Periodo de Espera de los padecimientos citados en la sección IV. Periodos de Espera.

14. Endoso

Documento que, por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

15. Enfermedad

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

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

16. Enfermedad Mental

Todas aquellas catalogadas en DCM4.

17. Equipo tipo Hospital

Aquellos aparatos y equipos médicos que se utilizan para la atención de enfermos dentro de un hospital.

18. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

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

19. Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día. **Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

20. Hospitalización

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

21. 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, Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

22. Madre Asegurada

Es aquella persona en quien se fecunda un ovulo propio (de manera natural o asistida), implantado en el útero y quien lleva a cabo el proceso de gestación y pare el producto.

23. Madre Adoptiva

Es aquella persona que no dona el ovulo ni tampoco lleva el proceso de gestación en su útero.

24. Madre Biológica

Es aquella persona que dona el óvulo pero que no lleva a cabo la gestación del producto.

25. Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como Medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos preventivos o rehabilitatorios.

26. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general, Médico especialista, cirujano u homeópata.

27. Nivel Hospitalario

Es el grupo de Hospitales a los que el Asegurado tendrá acceso de acuerdo a la clasificación establecida previamente e incluida en las condiciones generales del plan contratado.

28. Órtesis

Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

29. Padecimiento Congénito

Padecimiento o Enfermedad con la que se nace y que se origina en el periodo que va desde la fecundación misma, la implantación del óvulo fecundado en el útero así como el desarrollo y crecimiento del producto in útero hasta el momento de nacer.

30. Padecimientos Preexistentes

Se entienden por Padecimientos Preexistentes aquéllos que:

- 1) Previamente a la celebración del Contrato se haya declarado la existencia de alguna enfermedad o padecimiento que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- 2) Previamente a la celebración del Contrato el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

31. Pago por Reembolso

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

32. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado para cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato.

33. Perito Médico

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

34. Plan

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

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

35. Politraumatismo

Aquel conjunto de lesiones que se producen en forma simultánea a causa de un accidente.

36. Politraumatizado

Aquella persona que a consecuencia de un accidente presenta un conjunto de lesiones (Politraumatismo), las siguientes lesiones pueden presentarse solas o en combinación:

- a. Traumatismo Craneoencefálico II/III.
- b. Hemorragias Internas y Daño en órganos de Tórax y/o abdomen, por trauma contuso o penetrante.
- c. Fractura en 3 huesos distintos de diferente región anatómica.

Las lesiones deberán ser descritas en el mismo accidente original y se consideran como un solo siniestro.

37. Prestadores en Convenio para Pago Directo

Hospitales, Médicos, laboratorios y gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico 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.

38. Procedimientos Voluntarios

Todos los tratamientos o procedimientos terapéuticos a los que se someta el Asegurado de forma voluntaria y bajo su mas estricta responsabilidad, tales como: donación de órganos cuando el Asegurado sea el donante, abortos y legrados no necesarios, afecciones que resulten o deriven del alcoholismo o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación; procedimiento o tratamiento de carácter estético o plástico; apnea del sueño; calvicie; anorexia; bulimia; tratamientos por obesidad o reducción de peso; tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad o impotencia sexual; esta lista es enunciativa más no limitativa.

39. Programación de Cirugías

Confirmación que la Compañía proporciona al Asegurado por escrito, la cual valora el Servicio de Pago Directo previo a la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

40. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Aquellos aparatos o tejidos para corregir, ayudar o reemplazar de forma parcial o total un órgano o función.

41. Segunda Opinión Médica

Servicio de consulta médica especializada que la Compañía proporciona a través de Médicos consultantes, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con el padecimiento del Asegurado.

Esta Segunda Opinión Médica no implica limitante para que el Asegurado opte por intervenir quirúrgicamente con base en la opinión médica que le haya proporcionado su Médico tratante.

42. Servicio de Pago Directo

Pago que realiza directamente la Compañía a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, por la atención médica a un Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierta.

El Asegurado es quien elige el Médico, Hospital, Laboratorio, Gabinete o Farmacia, para su tratamiento en caso de accidente o enfermedad cubierto.

AXA Seguros, S.A. de C.V., al ser el asegurado quien elige el Médico, Hospital, Laboratorio, Gabinete o Farmacia con quien desea atenderse, no se hace responsable por la práctica médica, ni por los servicios de Hospitales, Laboratorios, Gabinetes o Farmacias utilizados por el Asegurado.

AXA Seguros, S.A. de C.V. únicamente es responsable del Pago Directo a los Prestadores en Convenio para el Pago Directo o por el Reembolso al Asegurado de los gastos efectuados con motivo del tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubiertos por la Póliza de Seguro contratada. El Asegurado es libre de acudir con el prestador de servicios médicos de su elección.

43. Síndrome de Talla Baja

Se refiere cuando el menor asegurado se sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de acuerdo a su edad y sexo; también engloba a aquellos niños con una velocidad de crecimiento baja de forma mantenida, es decir, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 durante más de 2-3 años consecutivos.

Se cubre el síndrome de talla baja siempre y cuando el asegurado haya sido dado de alta dentro de los primeros 30 días de su nacimiento y no haya perdido continuidad en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar de la Compañía y la madre biológica tenga 10 meses de cobertura continua en una póliza individual o familiar de la Compañía.

44. Signo

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

45. Síntoma

Fenómeno o anomalía subjetiva que manifiesta el Asegurado, que revela una Enfermedad y que sirve para determinar su naturaleza.

46. Solicitante Titular o Asegurado Titular

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

47. Suma Asegurada

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

48. Trauma Contuso

Lesión en la que no se produce una solución de continuidad (Cuando la piel no sufre ninguna ruptura).

49. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y por lo tanto que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

50. Útero Subrogado

Es aquel que es prestado o alquilado para que se le implante el óvulo y se lleve a cabo el proceso de gestación del óvulo de una tercera persona, fecundado por un tercero, así como el que lleva a término la gestación del producto.

II. Objeto del Seguro

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la póliza el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante en territorio nacional o extranjero, la Compañía pagará directamente a los Prestadores en Convenio para Pago Directo o reembolsará al Asegurado el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos

Gastos de Hospitalización y Gastos Médicos.

Siempre que los tratamientos y/o procedimientos sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, sean médicamente necesarios, aprobados por el Consejo de Salubridad General y prescritos por un Médico, se cubren los siguientes gastos:

1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, serán cubiertos con base en el Gasto Usual y Acostumbrado. **En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de Honorarios por procedimientos ya pagados previamente al Médico perteneciente a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.**

En el caso de Pago por Reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

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

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% para la intervención que tenga el valor más alto y al 50% de la o las siguientes.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100%.

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

Se cubren los honorarios por concepto de terapias de rehabilitación para padecimientos y Accidentes cubiertos de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado aplicando únicamente por Pago por Reembolso.

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

2. Honorarios por Consultas Médicas

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

3. Gastos Dentro del Hospital

La cantidad que se liquide será por el costo de una habitación privada estándar con baño.

Quedan cubiertos alimentos, Medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.

4. Equipo de Anestesia y Material Médico

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

5. Gastos del Acompañante

Se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital.

6. Tratamientos a consecuencia de una Enfermedad o Accidente

Quedan cubiertas las terapias de rehabilitación como: hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, fototerapia, crioterapia y otros semejantes a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato. Cuando la Compañía lo considera conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.

7. Honorarios de Médicos

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado y quedarán cubiertos los siguientes conceptos:

- a) Honorarios médicos sin intervención quirúrgica.
- b) Honorarios médicos con intervención quirúrgica.
- c) Honorarios de quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

8. Cirugía Reconstructiva a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos

Se cubre la cirugía reconstructiva médicamente necesaria y solamente a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos.

9. Consumo de Oxígeno

Quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno.

10. Transfusiones de Sangre

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

11. Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta de Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos, que se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.

Se cubren solamente una vez las Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos por una misma Enfermedad o por un mismo Accidente. **No se cubrirán reemplazos totales o parciales.**

12. Tratamiento Dental por Accidente

Sólo se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un Accidente cubierto, incluyendo Prótesis dentales, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a dicho Accidente cubierto.

13. Equipo Tipo Hospital

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

Para esta cobertura siempre aplica un Coaseguro del 20% y aplicará independiente al tope de coaseguro contratado. Para el caso de sillas de ruedas manual, muletas, andaderas y bastones aplicará el Coaseguro contratado en la póliza.

14. Medicamentos

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

Para Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, en farmacias que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo no se aplicará Coaseguro, en caso contrario, aplicará el 35% de Coaseguro, independiente al tope de coaseguro contratado y será a través de Pago por Reembolso.

15. Uso de Ambulancia

Siempre y cuando sea médicamente necesario, queda cubierto el servicio de ambulancia terrestre, tanto en territorio nacional como en el extranjero, hacia o desde el Hospital.

En caso de Urgencia Médica originada por un padecimiento cubierto queda amparada la ambulancia terrestre, totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva cuando se requiera, siempre y cuando el padecimiento esté cubierto. Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

16. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica

Queda cubierta en territorio nacional y en el extranjero la transportación en ambulancia aérea si a consecuencia de una Urgencia Médica cubierta, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad en donde se encuentra no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

Esta cobertura no aplica cuando:

- a) El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b) El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- c) El paciente no esté autorizado por su Médico tratante para el traslado hasta el destino elegido.**

- d) **El paciente no tenga confirmada su reservación de Hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- e) **Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**

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

17. Urgencia Médica en el Extranjero

Quedan cubiertos los gastos del Asegurado originados en caso de sufrir alguna Enfermedad o Accidente que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional en viaje de placer o negocios.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y por lo tanto, los efectos del beneficio.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) Suma Asegurada de 50,000 USD (Cincuenta mil Dólares Americanos).
- b) Deducible de 50 USD (Cincuenta Dólares Americanos).
- c) No aplica Coaseguro.
- d) Aplica Pago por Reembolso.
- e) La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cláusula son independientes de los contratados en cualquier otra cobertura y serán efectivos durante la vigencia de la póliza.

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semi-privado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, por consultas médicas, por servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- 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, Órtesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el tratamiento médico, **a excepción de reemplazos.**

Esta cobertura no aplica:

- a) **A las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas Condiciones Generales.**
- b) **A los tratamientos que no sean catalogados como de Urgencia Médica, de común acuerdo por el Médico tratante de la Compañía.**
- c) **A las complicaciones del embarazo ni del (los) recién nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 de gestación.**

18. Honorarios de Enfermeras

Quedan cubiertos los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia domiciliaria, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado por 30 días continuos y con un máximo de 720 horas.

La cobertura de enfermería se incluye únicamente en las siguientes patologías o tratamientos:

- a) Tratamientos de radioterapia y quimioterapia en periodo de recuperación post aplicación.
- b) Tratamiento para el VIH-SIDA y sus complicaciones (no en ventana inmunológica), que sean para aplicación de Medicamentos.
- c) Tratamiento post quirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central.
- d) Tratamiento de recuperación de un politraumatismo o quemaduras de más de 20% o Grado III.
- e) Reemplazos articulares mayores de cadera durante la recuperación.

Esta cobertura aplica únicamente mediante Pago por Reembolso.

19. Estudios de Laboratorio y Gabinete

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

Para estudios de laboratorio y gabinete realizados fuera del Hospital, en laboratorios y gabinetes pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo no se aplicará Coaseguro, en caso contrario, aplicará el 35% de Coaseguro independiente al tope de coaseguro contratado.

Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, tendrán el mismo Nivel Hospitalario que el Hospital en que se encuentren.

Los laboratorios y gabinetes fuera de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, tendrán el Nivel Hospitalario 45.

20. Recién Nacido

Se cubre desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido inmaduro y/o prematuro, así como los Padecimientos Congénitos y Enfermedades ocurridas al nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor La Madre tenga 10 meses de cobertura continua en una póliza individual o familiar de la Compañía y se haya notificado a la misma a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.

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

- a) Con tope del equivalente en Moneda Nacional a USD 250,000 los primeros 30 días posteriores al nacimiento.
- b) Con un tope del equivalente en Moneda Nacional a USD 750,000 para los gastos erogados a partir del día 31 del nacimiento y hasta la renovación de la póliza, en donde la Suma Asegurada se reinstalará al equivalente en Moneda Nacional a USD 1,000,000.

21. Padecimientos Congénitos

Se cubren los Padecimientos Congénitos de los Asegurados incluidos en la póliza, siempre y cuando sus Signos o Síntomas hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

22. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos

Queda cubierto el tratamiento médico y quirúrgico de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o procedimientos siguientes:

- a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.
- c) Procedimientos terapéuticos o tratamientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual.
- d) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales por Enfermedad.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como una Urgencia Médica.

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

23. Consulta médica Psiquiátrica o Psicológica

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta un tope de \$8,000.00 (Ocho mil Pesos 00/100 M.N.) solamente por las siguientes causas y siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias:

- a) Cáncer en fase terminal.
- b) Insuficiencia renal crónica.
- c) Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique a causa de estas Enfermedades una invalidez total y permanente.
- d) Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o Bypass o exista daño neurológico irreversible.
- e) Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de Accidente o Enfermedad.
- f) Politraumatizado con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- g) Víctima de asalto con violencia.
- h) Víctima de violación.

24. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos del Asegurado por Trasplante de órganos cuando éste sea el receptor.

Quedarán cubiertos los gastos en que el donante incurra durante el acto quirúrgico, excluyendo gastos pre y post-quirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.

25. Maternidad por Parto Normal o Cesárea

Se cubre la maternidad por parto normal o cesárea, siempre y cuando la Madre asegurada tenga 10 meses de Antigüedad en una póliza del plan Gastos Médicos Internacional de la Compañía, con las siguientes características:

- a) La Suma Asegurada para esta cobertura se basará en la Antigüedad de la madre asegurada como sigue:

Antigüedad de la madre asegurada en un plan Internacional de la Compañía	10 meses y hasta 36 meses	Más de 36 meses
Suma Asegurada	1,300 USD	5,000 USD

- b) No aplica el Deducible ni Coaseguro para esta cobertura.

26. Talla Baja

Se cubre el síndrome de talla baja siempre y cuando el asegurado haya sido dado de alta dentro de los primeros 30 días de su nacimiento y no haya perdido continuidad en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar de la Compañía y la madre biológica tenga 10 meses de cobertura continua en una póliza individual o familiar de la Compañía.

27. Protección Dental (servicio de asistencia incluido)

Este servicio de asistencia será proporcionado por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la Póliza, a través del prestador de servicios dentales que designe la Compañía; este beneficio aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios de asistencia otorgados por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos a consecuencia de una patología derivada de un Accidente o Enfermedad que sufran los Asegurados de esta Póliza, el Asegurado contará con precios preferenciales para su atención médica dental (consultar el folleto anexo a la Póliza).

Servicios de asistencia otorgados:

Descripción del procedimiento	Limitación o garantías por procedimiento
Radiografía panorámica.	Una en cinco años.
Raspado y alisado periodontal por cuadrante.	Una en dos años en el mismo cuadrante. Máximo dos cuadrantes.
Radiografías periapicales.	Cuatro en doce meses.
Amalgamas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Resinas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Extracción simple.	Una por diente.
Endodoncia.	Una por diente.

Condiciones especiales de Protección Dental:

- Se cubren resinas en piezas posteriores permanentes (muelas) en caras oclusales (caras masticatorias) siempre y cuando no cuenten con restauraciones previas.
- **No se cubre la sustitución de amalgamas o resinas por motivos estéticos.**
- **La consulta periodontal aplica únicamente a pacientes con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más) y deberá realizarse por un periodoncista.**
- **La evaluación completa se cobrará solamente en la evaluación inicial del odontólogo.**

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas mismas condiciones generales.

La Compañía anejará a la Póliza un folleto de los servicios de asistencia que proporcionará el prestador de servicios dentales, el cual le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este servicio de asistencia.

Para recibir los servicios dentales aquí descritos, el Asegurado deberá mostrar la credencial del Seguro de Gastos Médicos Mayores vigente, en donde se indique el nombre del Asegurado y el plan contratado, acompañado de una identificación oficial con fotografía.

IV. Periodos de Espera

1. Se cubren después de 4 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.

2. Se cubren después de 10 meses del alta de la madre asegurada afectada, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:

- Los estados de fiebre puerperal.
- Los estados de eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Placenta acreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.

3. Se cubren después de 12 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:

- a) Padecimientos de la columna vertebral, excepto hernias de disco.
- b) Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- c) Padecimientos ginecológicos.
- d) Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias.
- e) Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- f) Tratamientos de endometriosis que no estén relacionados con la esterilidad.
- g) Padecimientos de rodilla.

4. Se cubren después de 24 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:

- a) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapso del recto.
- b) Nariz o senos paranasales.
- c) Padecimientos de glándulas mamarias.
- d) Amigdalitis y adenoiditis.
- e) Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.
- f) Padecimientos Preexistentes: únicamente cuando el Asegurado haya tenido cobertura continua durante este periodo en una póliza de la Compañía.

Excepto los que presenten el carácter de politraumatismo.

5. Se cubre después de 48 meses del alta del Asegurado afectado el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siempre y cuando no haya sido detectado antes o durante este periodo, es decir, el SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera ya mencionado.

Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

6. Las lesiones a consecuencia de un Accidente cubierto que presenten el carácter de politraumatismo, se cubrirán por esta póliza sin que sean considerados los Periodos de Espera antes citados.

Para el caso de Urgencia Médica o Emergencia Médica no serán aplicables los Periodos de Espera establecidos en este apartado.

V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos

El presente Contrato de seguro no cubre gastos que se originen a consecuencia de:

1. Los siguientes Padecimientos Preexistentes:

- a) Padecimientos cardíacos, Accidentes vasculares cerebrales, diabetes mellitus, insuficiencia renal, padecimientos oncológicos, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Enfermedades degenerativas, padecimientos neurológicos y cualquier padecimiento o tratamiento que requiera de un trasplante de órganos y las consecuencias del mismo.
- b) Según lo indicado en los Endosos específicos de exclusión de la póliza, en caso de haberlos.

2. Todos los Procedimientos Voluntarios, así como las lesiones autoinflingidas, intento de suicidio (aún y cuando se cometan éstas en estado de enajenación mental).

3. Aquellas lesiones derivadas de una Agravación del Riesgo respecto de lo declarado en la solicitud del presente Contrato de seguro y que sirvió de base para la apreciación

del riesgo por parte de la Compañía; así como aquellas derivadas de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento al artículo 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares, anillos intracorneales.

5. Aparatos auditivos e implantes cocleares.

6. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.

7. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.

8. Tratamientos preventivos.

9. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea recta del Asegurado.

10. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección Gastos Médicos Mayores Cubiertos y Periodos de Espera de las presentes Condiciones Generales.

11. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, trastorno de enfermedad mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cuales quiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como tratamiento para prevenir trastornos de la conducta o el aprendizaje.

12. Los siguientes Medicamentos:

- a) Fórmulas Lácteas.
- b) Suplementos y complementos alimenticios.
- c) Multivitamínicos.
- d) Cosméticos.
- e) Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
- f) Medicamentos de acción de terapia celular.
- h) Medicamentos que no tengan relación con el padecimiento.

13. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad.

14. No se cubrirán los padecimientos congénitos cuando el asegurado haya nacido derivado de la biología de la reproducción o fuera del término de 10 meses de cobertura continua siempre y cuando la Madre asegurada tenga 10 meses de antigüedad en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar en un mismo plan y nivel hospitalario de la compañía.

VI. Cláusulas Generales

1. Cobertura del Contrato

- a) Accidente. Los Asegurados inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en el caso de Accidente cubierto, a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, **con excepción de lo previsto en el numeral IV. Periodos de Espera.**
- b) Enfermedad. Si se trata de una Enfermedad salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones, Emergencias Médicas, y para los padecimientos del recién nacido de acuerdo al inciso 20. Recién Nacido de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de estas Condiciones Generales.

2. Periodo de Beneficio

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

- a) El agotamiento de la suma asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato ha rebasado la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.
- b) El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado Renueva su Póliza de seguro de gastos médicos individual para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza o solicita un Cambio de Plan o Cambio de Producto y este sea aceptado por la Compañía, el período de beneficio aplicará en los términos establecidos en ésta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo Plan cubra el Accidente, Enfermedad o Padecimiento dentro de la cobertura básica.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento que haya afectado al Asegurado.
- d) En caso de cancelación del Contrato de Seguro, los gastos incurridos hasta 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

3. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

3.1 Corrección del Contrato de Seguro

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 (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza.

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

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones, al Contrato de Seguro y sus endosos.

3.2 Notificaciones

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

4. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

5. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

A los Asegurados en viajes que lleguen a residir más de 3 meses fuera del territorio nacional, con un máximo de 12 meses, se le aplicará la tarifa correspondiente a la zona 4, después de transcurrido este periodo quedará excluido del Contrato.

6. Primas

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

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

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

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

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

Lugar de pago

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

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

7. Cancelación del Contrato

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

- En caso que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la póliza, la Compañía devolverá el 100% (cien por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza, sin incluir el derecho de póliza.
- En caso que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza.

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

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

8. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario

o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito en un plazo que no excederá diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

9. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en el Contrato de la póliza podrá ser incluida en la cobertura mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir. Esta inclusión deberá ser reportada a la Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

La Compañía no requerirá al solicitante realizarse un examen médico.

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

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

10Bajas

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Asegurado Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

11. Cambio de Plan o Cambio de Producto

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

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

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

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

12. Examen Médico

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

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

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

13. Ajustes

En caso de Altas de Dependientes Económicos o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

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

14. Privilegio de Conversión

Cualquier Dependiente Económico del Asegurado Titular que haya sido excluido de la póliza por la situación señalada en la cláusula de Bajas, tendrá derecho a que, si lo solicita, dentro de los 30 días siguientes a

la fecha en que causó baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de Gastos Médicos Mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

15. Renovación

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

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

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

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

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

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

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

16. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula 6. Primas de la sección VI. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

En ningún caso, la Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula. **No aplica preexistencia declarada para los siniestros ocurridos en dicho periodo.**

17. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro prescribirán en 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 que establece lo siguiente: Todas las acciones que se deriven de un Contrato de seguro prescribirán en dos años, "... el plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

18. Moneda

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se generen dichos gastos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el plan, conforme a 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.

19. Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o Solicitante Titular, declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

En caso de omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho aunque no hayan influido en la realización del siniestro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía 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 Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de la Compañía 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 sobre los hechos relacionada con el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

21. Edad

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la renovación. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 60% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

22. Siniestros

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de Urgencia Médica, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Padecimientos Preexistentes, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, a un arbitraje privado.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la

Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

- g) La Compañía solicitará como requisito indispensable el acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de la Cobertura de Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico por asalto con violencia o violación.

23. Garantía de Pago por Reembolso

En caso de proceder el pago de una reclamación, la Compañía se compromete a indemnizar los gastos cubiertos en un plazo máximo de 5 días hábiles, plazo sujeto a políticas bancarias.

En caso de no realizar el pago de la indemnización dentro de los 5 días hábiles, la Compañía pagará a partir del sexto día hábil la cantidad de \$100 (Cien Pesos M.N.) por día hábil y como máximo hasta \$1,000 (Mil Pesos M.N.) independientemente del monto de la reclamación original, lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 27. Interés Moratorio de la sección VI. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales.

Si la Compañía requiere información adicional para la determinación de la procedencia de la indemnización, se solicitará dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de pago de siniestros. El tiempo que tarde el Asegurado en entregar la información adicional requerida no contará para el pago de la indemnización citada. Una vez entregada dicha información reiniciarán los 5 días hábiles de la Compañía para realizar la indemnización.

24. Pago de Indemnizaciones

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

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
- c) El Deducible se aplicará uno por Asegurado durante el año póliza, y como máximo dos por familia asegurada. Los padecimientos subsecuentes generados en el mismo año póliza estarán cubiertos sólo si rebasan el Deducible contratado y en éstos ya no se aplicará nuevamente el Deducible.
- d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras pólizas de seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.

25. Servicio de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite bajo su propia elección de atención de los Prestadores en Convenio para Pago Directo, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Compañía para verificar la situación de procedencia del caso.

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

26. Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza que:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- b) La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.

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

27. Aplicación de Deducible y Coaseguro

Si la atención del Asegurado se realiza con Hospitales, laboratorios y gabinetes pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, y se utiliza el Servicio de Pago Directo, se aplicará el Deducible y Coaseguro de la siguiente manera:

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

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

- b) Cuando la atención médica se realice en el resto del territorio nacional, el Deducible y Coaseguro se aplicará de la siguiente manera, considerando el máximo Nivel Hospitalario disponible en la ciudad donde se reciba dicha atención:

Máximo Nivel Hospitalario	Nivel Hospitalario donde se recibió el servicio médico			
	270	180	90	45
270	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
180	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
90	No aplica	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
45	No aplica	No aplica	No aplica	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.

En todos los demás casos se aplicará el monto por concepto de Deducible y Coaseguro.

Para todos los gastos posteriores al inicial, tramitados vía Sistema de Pago por Reembolso, se aplicará el Coaseguro contratado y limitaciones de la póliza.

En cualquier situación donde el Asegurado se atiende en un Hospital, laboratorio y gabinete que no forme parte de los Prestadores en Convenio para Pago Directo, se elimina el límite que hace referencia al monto máximo por concepto de Coaseguro.

Cuando en un Accidente queden simultáneamente afectados varios Asegurados de una misma póliza, el Deducible se aplicará una sola vez.

En caso de que en un mismo año póliza se presenten varias reclamaciones sobre la familia asegurada en la misma póliza, el Deducible que se aplicará será uno por Asegurado por año póliza y como máximo dos Deducibles por familia asegurada. Las Enfermedades o Accidentes subsecuentes serán cubiertos sólo si rebasan el Deducible contratado y en éstos ya no se aplicará nuevamente el Deducible.

El Deducible es reinstalable cada año siniestro.

(Ver Tabla de Hospitales anexa donde se hace referencia a que nivel corresponde cada Hospital).

28. Servicios Médicos en Territorio Extranjero

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

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

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

- a) Si el Asegurado no hiciera uso de los prestadores de servicios médicos recomendados por la Compañía para el tratamiento diagnosticado.
- b) En caso de que el Asegurado presente una reclamación sobre un tratamiento cubierto del cual no se haya dado el aviso o no se haya presentado la documentación relacionada a dicho tratamiento.

Se cubrirán los gastos originados en caso de sufrir algún Accidente o Enfermedad que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional aplicando las condiciones de la cobertura 17. Urgencia Médica en el Extranjero de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos.

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

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

Por Caso de Alta Prioridad se entenderá como aquél en el que se presenta una aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado la cual por su naturaleza médica deba atenderse en un lapso no mayor a 48 horas.

El Internamiento Programado aplica para aquellos eventos que por su naturaleza médica, el Asegurado disponga de un tiempo mayor a 48 hrs. para programar y coordinar su atención médica.

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

Para los Casos de Alta Prioridad, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud cumpliendo con los horarios citados a continuación:

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

Para el caso de Internamiento Programado, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud en un plazo no mayor a 3 días hábiles.

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

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

- Deducible contratado reinstalándose cada año siniestro.
- Coaseguro del 10% con un tope de 3,000 USD y reinstalación cada año siniestro.
- Suma Asegurada de 1 millón de USD con reinstalación por año póliza. Para los casos en donde la atención médica se haya realizado en Hospitales distintos a los referidos por la Compañía se aplicarán los siguientes límites:
- Deducible contratado reinstalándose cada año siniestro.
- Coaseguro del 30% con un tope de 9,000 USD y reinstalación cada año siniestro.
- Suma Asegurada de 1 millón de USD con reinstalación por año póliza.

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

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

Para los Accidentes o Enfermedades que sean considerados como Urgencia Médica en el Territorio Extranjero se aplicarán las condiciones estipuladas para la cobertura 17. Urgencia Médica en el Extranjero de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos.

30. Interés Moratorio

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

31. 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 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

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 dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través de correo electrónico en la dirección proporcionada por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su póliza, podrá descargar las condiciones generales en internet en el portal axa.mx.

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

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

VII. Coberturas adicionales sin costo para Pólizas individuales/ familiares

1. Programa Cliente Especial (PCE)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

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

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

- **Cáncer**
Se cubre el cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.
Queda excluido el cáncer In Situ (en sitio) del cuello uterino y cáncer de la piel.
- **Enfermedades Neurológicas Cerebrovasculares y Cerebrales**
Se cubren los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de Enfermedades degenerativas, 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).
- **Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía**
Se cubre la intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades con tratamientos similares.
- **Trasplantes de Órganos Mayores**
Quedan cubiertos sólo los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

Se cubren los gastos del donante por trasplante de órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para la atención médica en territorio nacional será la del plan base estipulada en la carátula de Póliza, y en el extranjero es el equivalente en Moneda Nacional a 1,000,000 USD para el Asegurado afectado sólo para las Enfermedades descritas por este beneficio.

Precertificación

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

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

Deducible y Coaseguro del plan base estipulados en la carátula de Póliza.

Para los gastos generados en territorio nacional se aplicarán la cláusula 27. Aplicación de Deducible y Coaseguro de la sección VI. Cláusulas Generales de estas condiciones generales.

Para los gastos generados en territorio extranjero se aplicará el Deducible y Coaseguro de la carátula de la Póliza.

La aplicación del Deducible es única por cada Accidente o Enfermedad cubierta independientemente del territorio en el que se hayan realizado los gastos.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

Exclusiones

- **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de este beneficio adicional.**
- **Casos en los que el Asegurado no cumpla con dar aviso por escrito a la Compañía.**

b) Segunda Opinión Médica Internacional

Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de consulta médica especializada para Asegurados que padecen Enfermedades graves cubiertas por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar, a través de una red de Médicos consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con el padecimiento del Asegurado.

Obligaciones del Asegurado

El Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de afecciones mayores amparadas en estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/ Familiar y que no requieran manejo de urgencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.
- b) Padecimientos que por su complejidad así lo requieran como por ejemplo: Cáncer, Enfermedades neurológicas graves, cirugías cardiovasculares, trasplantes de órganos mayores; en ningún caso para padecimientos menores y cuyo diagnóstico sea de fácil determinación.

Solicitud

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

- Ratificar el diagnóstico.
- Corroborar tratamiento.
- Alternativas de tratamiento.
- Tarjeta que lo identifica como Asegurado de la Compañía.
- Identificación oficial con fotografía.
- Aviso de Accidente o Enfermedad.
- Historia clínica completa debidamente requisitada por su Médico tratante que incluya: padecimiento actual, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento.
- Resúmenes clínicos de los Médicos que lo han atendido. Si ha estado hospitalizado, copia de su expediente clínico.

- Resultados de todos los exámenes que le hayan practicado, en el caso de estudios especiales como rayos X, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, placas y algunos otros.

En caso de que el Médico que realiza la segunda opinión médica necesitara estudios adicionales, se entenderá que esos gastos se harán de acuerdo a los procedimientos tradicionales establecidos para Servicios de Pago Directo o Pago por Rembolso.

Diagnóstico

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

Exclusiones

- **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.**
- **Además aplican las exclusiones de las presentes condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual / familiar.**

c) Cuarto Suite

De acuerdo a esta cobertura se ofrece un ascenso del cuarto privado estándar a cuarto suite exclusivamente en territorio nacional siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar. Además, este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.

Este beneficio se cubrirá de lo que resulte menor entre:

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

d) Paquete de Admisión

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

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar.

e) Asistencia Médica PCE

Esta cobertura proporciona los Servicios de Asistencia que se citan a continuación a través de AXA ASSISTANCE, empresa especializada en programas de asistencia.

I. Definiciones

Para esta cobertura se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya citadas en las condiciones generales del Contrato de Seguro:

1. **Beneficiario**
Persona que obtiene los Servicios de Asistencia.
2. **Equipo Médico de AXA ASSISTANCE**
El personal médico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia por cuenta de AXA ASSISTANCE a un Beneficiario.
3. **Familia Asegurada**
Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.

4. Invitado de la Familia Asegurada
Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido invitadas por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
5. 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.
6. Representante
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
7. Residencia Permanente
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la Póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.
8. Servicios de Asistencia
Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA ASSISTANCE en los términos de estas condiciones generales, para los casos de una Situación de Asistencia.
9. Situación de Asistencia
Todo acontecimiento ocurrido a los Beneficiarios en los términos y con las limitaciones establecidas en esta cobertura, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.
10. Viaje
Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 km del centro de su población de Residencia Permanente, por un período máximo de 60 días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

II. Servicio de Asistencia en 'KM 0'

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

2.1 Traslado Médico Terrestre Local

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

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

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

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

III. Servicios de Asistencia en 'KM 0' y en Viaje

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

3.1 Consulta Telefónica

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

- a) Utilización de Medicamentos.
- b) Síntomas o molestias que le aquejen.

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

- a) Enviarle la visita de un Médico a domicilio.
- b) Concertarle una cita con un Médico, o en un centro hospitalario.
- c) El envío de una ambulancia.

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas, por omisiones del Beneficiario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

3.2 Consulta Domiciliaria

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

El Beneficiario pagará únicamente \$150.00 pesos M.N. de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

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

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

IV. Servicios de Asistencia en Viaje

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

4.1 Traslado Médico

En caso de que un Beneficiario sufra Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, tales que el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que atiende al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, AXA ASSISTANCE gestionará:

- El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- Si fuera necesario por razones médicas:
 - a) 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.

- b) 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 cercano 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.

4.2 Boleto Redondo para un Familiar y Gastos de Hospedaje.

En caso de Hospitalización del Beneficiario a consecuencia de Accidentes o Enfermedades 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 pesos M.N. por día, durante 10 (diez) días naturales.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

4.3 Boleto para Profesional Reemplazante

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

Beneficiarios: el Solicitante Titular

4.4 Gastos de Hotel por Convalecencia

AXA ASSISTANCE gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE. Este beneficio está limitado a \$1,000.00 pesos M.N., por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

4.5 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 pesos M.N. en conjunto, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

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

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

V. Obligaciones del Beneficiario

5.1 Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de AXA ASSISTANCE, facilitando los datos siguientes:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA ASSISTANCE podrá contactar al Beneficiario o su Representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico 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.

5.2. Traslado Médico (terrestre o aéreo)

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 de cabecera que habitualmente atiende al Beneficiario.

El Equipo Médico 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 Médico de AXA ASSISTANCE decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el mismo.

5.3 Normas Generales

a) Mitigación

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

b) Cooperación con AXA ASSISTANCE

El Beneficiario deberá cooperar con AXA ASSISTANCE para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA ASSISTANCE los documentos necesarios, ayudar a AXA ASSISTANCE y con cargo a AXA ASSISTANCE, a complementar las formalidades necesarias.

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, por lo que AXA ASSISTANCE no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

d) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales de la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

e) Subrogación

AXA ASSISTANCE quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

VI. Exclusiones

- 6.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico o durante viajes de duración superior a 60 días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 6.2 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA ASSISTANCE por costos generados en una Situación de Asistencia ya que se trata de que el Beneficiario no tenga necesidad de contratar por su cuenta proveedores de servicio no calificados.**
- 6.3 La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- 6.4 El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA ASSISTANCE.**
- 6.5 Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- 6.6 Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 6.7 Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**
- 6.8 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa de:**
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - c) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - e) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**
 - f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - g) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.**
 - h) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de parto.**
 - i) Enfermedades Mentales o alienación y estados depresivos.**

- j) 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.
- k) Traslados a causa o como consecuencia de trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, sean en ambulancia o por cualquier otro medio.
- l) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.
- m) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- n) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- o) La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- p) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- q) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- r) Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
- s) El Beneficiario no tenga identificación.
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que le obstaculicen o impidan el acceso o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas mismas condiciones generales.

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

VIII. Coberturas adicionales con costo para Pólizas individuales/ familiares

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

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

- a) Deducible 0 x Accidente Cubierto.
Mediante esta cobertura se exenta al Asegurado del pago del Deducible en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.).

Por lo anterior, en caso de Accidente cubierto se modifica la cláusula 21. Pago de Indemnizaciones en los incisos b) y c) de la sección VI. Cláusulas Generales de estas condiciones generales, a quedar como sigue:

- 1) A la cantidad resultante se descontará, únicamente la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la Póliza.
- 2) El Coaseguro y los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.

Lo anterior aplica tanto para el Servicio de Pago Directo como para el Sistema de Pago por Rembolso.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Límite máximo de responsabilidad para Deducible Cero por Accidente Cubierto.

El límite máximo de responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será el Deducible contratado que aparece referenciado en la carátula de la Póliza.

- b) Muerte Accidental.
Mediante esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en la carátula de Póliza.

Límite máximo de responsabilidad para muerte accidental.

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

Edad

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

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas mismas condiciones generales.

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

2. Paquete de Beneficios Adicionales (BAd)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

a) Accidentes Personales

Esta cobertura aplica únicamente para los Asegurados mayores de 12 años.

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

A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas, se les proporcionará una indemnización hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

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

La pérdida significará:

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

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

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

Los beneficiarios para el caso de muerte accidental serán:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto,
- A la sucesión del Asegurado.

Nota:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Pago de indemnizaciones

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

Estos beneficios no se concederán si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa, total o parcialmente a:

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

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

b) **Accidentes Personales en Viajes Aéreos**

Ofrece a los Asegurados mayores de 12 años una protección hasta por el límite establecido en la carátula de la Póliza en caso de muerte o pérdidas orgánicas como consecuencia de un Accidente, si alguna de éstas sobreviniera dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo. A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas (si suceden dentro de los 90 días posteriores, la indemnización por pérdidas orgánicas se hará a la fecha de ocurrencia de éste), se les proporcionará una indemnización; lo anterior, conforme a la tabla de indemnizaciones del inciso a) anterior.

Este beneficio surtirá efecto durante el viaje sencillo o de ida y vuelta amparado por el boleto de transportación, comenzando su efecto en o después de la fecha de expedición que aparece en la carátula de la Póliza, terminando con la llegada al punto de destino o seis meses después de la fecha en que se inicie el vuelo, según lo que ocurriere primero como sigue:

- a) Mientras se encuentre como pasajero subiendo, a bordo o bajando del aeroplano en que hará el viaje, siempre que sea operado por una línea aérea establecida y a la cual la autoridad competente del país cuyo registro ostente le haya otorgado licencia para el transporte de pasajeros. Asimismo, mientras se encuentre viajando dentro del aeropuerto en un vehículo terrestre operado por la autoridad del mismo o por la línea aérea para dirigirse al lugar donde se encuentre colocado el aeroplano en el que se hará el viaje o viceversa, así como a consecuencia de ser golpeado por dicho aeroplano.
- b) Mientras se encuentre viajando en vehículo terrestre para la transportación de pasajeros, proporcionado u ordenado directamente por tal línea aérea o por la autoridad del aeropuerto y viceversa, inmediatamente antes de la salida anunciada del aeroplano o inmediatamente después de su llegada a ese aeropuerto; o para la transportación de pasajeros que se haga necesaria por alguna interrupción o suspensión temporal del servicio por parte de la línea aérea, antes de llegar al punto de destino del vuelo.
- c) Como consecuencia de estar expuesto a los elementos naturales, después de un aterrizaje forzoso o destrucción del aeroplano en que se haga el viaje.
- d) Mientras se encuentre en algún lugar donde se provea al Asegurado de comida y albergue, siempre que los gastos por estos conceptos sean por cuenta de la línea aérea.

- e) No invalidará este beneficio cualquier cambio en los puntos de salida o de destino del aeroplano en el cual el Asegurado haga el viaje al amparo del boleto de transportación.
 - f) En caso de que el Asegurado sea menor de 12 años o esté sujeto a interdicción queda expresamente establecido que se excluye el riesgo de muerte de esta cobertura, la cual comprenderá únicamente las demás indemnizaciones que se mencionan en este beneficio.
 - g) Si después de 6 meses de la fecha de desaparición o destrucción de un aeroplano en el cual el Asegurado estuviere viajando, su cuerpo no fuere encontrado, se presumirá que sufrió la pérdida de la vida a consecuencia de lesiones corporales producidas por causas accidentales.
- c) **Gastos Funerarios**
Este beneficio cubre los gastos funerarios que tengan que hacerse al ocurrir el fallecimiento de cualquier Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto en la Póliza, hasta por el límite establecido en la carátula de la Póliza.

En caso de muerte del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto en el primer año de vigencia de la Póliza o por Enfermedad cubierta a partir del segundo año de vigencia.

Este beneficio será pagado en nuestras oficinas, previa comprobación del gasto efectuado, a:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto;
- A la sucesión del Asegurado.

Para el caso de los menores entre 0 y 12 años de edad sólo se reembolsará el importe de las facturas originales que se presenten por los servicios funerarios y la Suma Asegurada para los menores entre 0 y 12 años de edad no podrá ser superior a (60) Salarios Mínimos Generales Mensuales .

Condiciones generales adicionales para el paquete de beneficios adicionales

Objeto. La Compañía se obliga a pagar los gastos funerarios hasta la Suma Asegurada indicada en la carátula de la Póliza, mediante el pago de la prima convenida, si algún Asegurado fallece dentro de la vigencia de la Póliza.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio del Asegurado, cualquiera que haya sido su causa, si se verifica antes de dos años de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía solo cubrirá la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Comprobación del siniestro. La Compañía tiene derecho a solicitar al reclamante toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Pago del beneficio. Se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado, a más tardar 30 días después de la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Gastos no cubiertos. El beneficio será nulo cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad ocurridos, con fecha anterior a la iniciación de la vigencia de la Póliza.

Esta cláusula podrá modificarse únicamente mediante acuerdo entre la Compañía y el Asegurado, que deberá constar por escrito en Endosos o en cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

- d) **Servicios Asistenciales en el Extranjero.**

1. Disposiciones Previas

La prestación de este servicio será proporcionado por la Compañía a través de AXA Assistance México, empresa especializada en programas de asistencia en viaje.

1.1. Definiciones

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- a) Accidente
Todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona física, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y súbita, y que suceda durante la vigencia de la Póliza de Gastos Médicos Mayores.
- b) Beneficiario(s)
Los Asegurados de la Póliza emitida por la Compañía.
- c) U.S. Dólares
La moneda de curso legal vigente de los Estados Unidos de Norteamérica.
- d) Equipo Médico de la Compañía de Asistencia
El personal médico y asistencial apropiado que esté prestando asistencia a un Beneficiario por cuenta de la Compañía de Asistencia contratada por AXA Seguros, S.A. de C.V.
- e) Enfermedad
Cualquier alteración de la salud del Beneficiario de la Póliza, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje.
- f) Familiar en Primer Grado
Padre, madre, cónyuge e hijos de un Beneficiario.
- g) Fecha de Inicio
El mismo indicado en la carátula de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.
- h) Representante
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- i) Residencia Permanente
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario.
- j) Servicios de Asistencia
Los servicios que presta la Compañía de Asistencia al Beneficiario, en los términos de estas condiciones generales para los casos de una Situación de Asistencia.
- k) Situación de Asistencia
Todo Accidente, Enfermedad o Fallecimiento 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 prestación de los Servicios de Asistencia.

1.2. Territorialidad

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

2. Los Servicios de Asistencia

Asistencia Médica

2.1. Gastos Médicos y de Hospitalización

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 U.S. Dólares por viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 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 prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

2.2. Gastos Dentales

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

2.3. Gastos de Hotel por Convalecencia

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

Este beneficio está limitado al equivalente en Moneda Nacional a \$100 U.S. Dólares por día con un máximo de cinco días naturales consecutivos.

2.4. Traslado Médico

En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia, en contacto con el Médico que atiende al Beneficiario, recomienden 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 la Compañía de Asistencia organizará el traslado o repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

2.5. Repatriación o Traslado a Domicilio

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

2.6. 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.

2.7. Repatriación en caso de Fallecimiento 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 sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo prevista en el apartado anterior.

2.8. Regreso Anticipado al Domicilio

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

Asistencia Personal

2.9. Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales

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.

2.10. Asistencia Administrativa

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

2.11. Transmisión de Mensajes

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

3. Obligaciones del Beneficiario

3.1. Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de la Compañía de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

- a) El lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la Compañía de Asistencia podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y su número de Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso le es negado por causas imputables al Beneficiario, la Compañía de Asistencia no tendrá ninguna obligación de prestar los Servicios de Asistencia.

3.2. Imposibilidad de Notificación a la Compañía de Asistencia

Los servicios a que se refieren estas condiciones generales, configuran la única obligación a cargo de la Compañía de Asistencia, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas propias condiciones generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, la Compañía de Asistencia y de acuerdo con la cláusula 4.3., podrá rembolsar al Beneficiario la suma que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de Hospitalización. En ningún otro supuesto habrá lugar a Pago por Rembolso.

- a) En caso de peligro de la vida.

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

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

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

3.3. Traslado Médico y Repatriación

En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

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

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

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

En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por la Compañía de Asistencia, cuando esté al alcance del Beneficiario, deberá entregar a la Compañía de Asistencia la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si ha lugar, la Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

3.4. Normas Generales

- a) Moderación
Al ocurrir el siniestro, el Beneficiario está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (u otras situaciones de asistencia).
- b) Subrogación
La Compañía de Asistencia quedará subrogada, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la prestación de los Servicios de Asistencia.
- c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia
Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son contratistas independientes de la Compañía de Asistencia por lo que ésta no obstante que será responsable por la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro, no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos.
- d) Prescripción de las reclamaciones
Cualquier reclamación relativa a una situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años de edad. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años. Podrán pertenecer a la Póliza los Dependientes Económicos del Asegurado Titular.

4. Exclusiones

- 4.1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por el Beneficiario en contra de la prescripción del Médico de cabecera o después de sesenta (60) días naturales de viaje, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.
- 4.2. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior al equivalente en Moneda Nacional a \$50 U.S. Dólares.
- 4.3. Con excepción de lo dispuesto en el número 3.2 (b) de estas Condiciones Generales, el Beneficiario no tendrá derecho a ser reembolsado por la Compañía de Asistencia.
- 4.4. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa de:
 - a) Participación directa del Beneficiario en actos criminales.
 - b) La participación directa del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.
 - c) La participación del Beneficiario en cualquier clase de competencias o exhibiciones.
 - d) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - e) Cualquier Enfermedad persistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.
 - f) Embarazos en los últimos tres meses antes de la 'fecha probable del parto', así como éste último y los exámenes prenatales.
 - g) Trasplante de miembros u órganos de cualquier tipo.
 - h) Enfermedades, estados patológicos, Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
 - i) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.

El uso del Servicio Asistencial en el extranjero implica la conformidad con el programa suscrito.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas mismas condiciones generales.

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

3. Cobertura de Dinero en Efectivo (DEf)

Definiciones.

1. Renta Diaria:

Monto de responsabilidad de la Compañía por día de estancia hospitalaria.

2. Periodo de Espera para Renta Diaria:

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de que el Asegurado ingresa al Hospital hasta que surta efecto esta cobertura.

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

a) Renta Diaria por Hospitalización

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, el Asegurado incurriera en una Hospitalización mayor a 24 horas, la Compañía pagará la Renta Diaria por cada día de estancia hospitalaria, ajustándola al Periodo de Espera para Renta Diaria.

Límite máximo de responsabilidad.

El límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía será el monto de la Renta Diaria contratada hasta por 360 días.

Deducible y Coaseguro.

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años de edad. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Rentas por Hospitalizaciones a consecuencia de partos, cesáreas así como complicaciones específicas del embarazo, parto o puerperio.**
- **Rentas por Hospitalizaciones en el territorio extranjero.**

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

4. Extensión de Cobertura (ExtC)

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

a) Respaldo Familiar en caso de Muerte o Invalidez del Solicitante Titular.

En caso de que el Solicitante Titular fallezca o se invalide de forma total y permanente, la Compañía renovará automáticamente la Póliza bajo las mismas condiciones durante 5 años, pagando así las primas de los Asegurados inscritos en la Póliza al momento de ocurrir el siniestro, sin incluir Beneficios Adicionales.

Para efectos de este beneficio se entenderá por invalidez total y permanente:

- a. Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una Enfermedad o Accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior

a 50% de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo. Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente, es decir, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

- b. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de este beneficio se entenderá por pérdida:

- De una mano, su separación completa o pérdida irreparable de la función, desde la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo).
 - De un pie, su separación completa o la pérdida irreparable de la función, desde la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).
 - De la vista de un ojo, desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.
- c. Cuando dicho estado haya sido continuo por seis meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o Médico especialista en lo sucesivo el "Periodo de Espera". Este Periodo de Espera no aplica en los casos señalados en el inciso b).

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Contratante o el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que ésta le solicite, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución oficial o Médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Contratante o el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos aquí estipulados. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Contratante.

Gastos Cubiertos

Esta cobertura opera para todos los padecimientos cubiertos citados en las presentes condiciones generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, siempre y cuando el padecimiento se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

No aplica deducible y coaseguro.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Situaciones en las que el Asegurado fallezca o se invalide de forma total y permanente a causa de un Padecimiento Preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro sea un gasto no cubierto por la Póliza.**

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

5. Cobertura de Vida en Vida (VeV)

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

- a) Indemnización por diagnóstico de Enfermedad grave
En caso de que al Asegurado se le diagnostique cualquiera de las Enfermedades graves descritas a continuación, la Compañía pagará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para este beneficio después de transcurrido un Período de Espera de 30 días. Si el Asegurado fallece dentro del periodo de espera antes señalado, se les pagará a los Beneficiarios designados 50% de la Suma Asegurada contratada.

Se considerarán Enfermedades graves:

1. Infarto al miocardio: necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardíacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procederá siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido Hospitalización, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).
 - El infarto al miocardio determine incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
2. 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. La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
 3. Accidente Vascular Cerebral: cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.
 4. Cáncer: la presencia corporal de células con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos. Esto incluye, entre otros, leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin.
 5. Insuficiencia renal: insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que requiere de tratamiento de diálisis.
 6. Trasplante de Órganos Mayores: se cubren únicamente los de corazón, pulmón, hígado y riñón (como receptor).

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Esta cobertura cesará al momento en que el Asegurado presente su reclamación por este beneficio; con ello concluirá también el pago de primas por esta cobertura.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es hasta 69 años.

Suma Asegurada

La Suma Asegurada se pagará en una sola exhibición y no se reinstala para ningún padecimiento.

Pago de Reclamaciones

Para que proceda el pago se deberá comprobar que el Asegurado afectado sufre o ha sufrido una Enfermedad de las especificadas para esta Cobertura, a través de una declaración médica o del Médico que le hubiere atendido y con las mismas pruebas y estudios médicos que le sirvieron a los doctores de base para diagnosticar la Enfermedad.

Al confirmar la existencia de alguna de estas Enfermedades se entregará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza después de un Periodo de Espera de 30 días naturales continuos. En caso de que el Asegurado falleciere dentro del Periodo de Espera de 30 días, se pagará a quienes se hayan designado como Beneficiarios, 50% de la Suma Asegurada contratada por el Asegurado.

No aplica deducible y coaseguro.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Cualquier otro tipo de intervención diferente a la definida en «cirugía de las coronarias» de este beneficio adicional como angioplastia o trombólisis.**
- **Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo o In Situ (en sitio) a excepción de los melanomas malignos que si están cubiertos.**

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

6. Protección Dental Integral (DENT) (servicio de asistencia con costo)

Este servicio de asistencia sólo puede ser contratado dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la Póliza. Mediante la contratación expresa de este servicio de asistencia se amparan los servicios de 'Protección Dental Integral' de acuerdo al folleto anexo a la Póliza. Aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios de Protección Dental Integral serán proporcionados por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la Póliza, a través del Prestador de servicios dentales que designe la Compañía.

Los servicios de Protección Dental Integral serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos a consecuencia de una patología derivada de un Accidente o Enfermedad que sufran los Asegurados de esta Póliza, el Asegurado contará con precios preferenciales para su atención médica dental (consultar el folleto anexo a la Póliza).

La Compañía anejará a la Póliza un folleto con los servicios de asistencia que proporcionará el prestador de servicios dentales, el cual le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta Protección Dental Integral.

Para recibir los servicios dentales aquí descritos, el Asegurado deberá mostrar la credencial del Seguro de Gastos Médicos Mayores vigente, en donde se indique el nombre del Asegurado y el plan contratado, acompañado de una identificación oficial con fotografía.

Cancelación.

Este servicio de asistencia sólo podrá ser cancelado durante los primeros 30 días de vigencia de la Póliza y a petición del Asegurado.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas mismas condiciones generales.

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

IX. Artículos citados en las condiciones generales

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

Art. 276

<p>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;</p> <p>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.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 276</p>
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 277</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	Art. 277
<p>Ley Sobre el Contrato de Seguro</p>	
<p>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.</p>	Art. 8
<p>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.</p>	Art. 9
<p>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.</p>	Art. 10
<p>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.</p>	Art. 25
<p>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.</p> <p>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.</p>	Art. 40
<p>Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.</p>	Art. 47
<p>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.</p>	Art. 52
<p>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.</p>	Art. 54

Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	Art. 71
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
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 responder 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.	Art. 50 bis

<p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>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.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	<p>Art. 50 bis</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 65</p>
<p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 68</p>

<p>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;</p> <p>Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.</p> <p>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;</p> <p>La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.</p> <p>Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	Art. 68
--	---------

Ley Monetaria

<p>La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.</p>	Art. 8
--	--------

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 14 de Abril de 2016, con el número CNSF-S0048-0160-2016.

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI-227-ABRIL 2016

