

# CONDICIONES GENERALES

## 1. Gastos Médicos por Accidente en Territorio Nacional

En caso de que el Asegurado se viera precisado a someterse a un tratamiento médico, intervención quirúrgica, Hospitalización o uso de servicios de enfermería, ambulancia aérea o terrestre o Medicamentos, la Compañía pagará o reembolsará al Asegurado el costo de los servicios antes mencionados, siempre que:

- a. Dichos gastos sean consecuencia de un Accidente cubierto o por secuelas del mismo y los gastos erogados se presenten dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del Accidente.
- b. Se consideren medicamento necesarios y sean prescritos por un Médico.
- c. El Accidente haya ocurrido dentro de la República Mexicana y los gastos correspondientes se hayan erogado dentro de la República Mexicana.

El pago de los gastos que efectúe la Compañía bajo esta cobertura estará limitado al monto de la Suma Asegurada y al Deducible contratado.

La Compañía realizará el Reembolso de los gastos hasta por el monto especificado en la(s) factura(s) presentada(s) y conforme a estas Condiciones Generales.

**Se cubrirán los gastos por Accidente conforme a estas Condiciones Generales, erogados durante un periodo máximo de 180 (ciento ochenta) días contados a partir de la fecha del Accidente, sin que en ningún caso excedan la Suma Asegurada contratada, y siempre que la Póliza no presente algún Periodo al Descubierto durante dicho plazo.**

**Los gastos que resulten de prótesis dental o cualquier otra clase de tratamiento de ortodoncia a consecuencia de un Accidente cubierto, se pagarán hasta un límite de 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada para esta cobertura.**

**Para el caso de los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia, se cubrirán con un límite máximo de 30 (treinta) días naturales continuos y por un máximo de 720 (setecientos veinte) horas.**

**La Suma Asegurada de esta cobertura será única para todos los Eventos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza.**

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

### **Exclusiones particulares de esta cobertura**

- a. **Gastos médicos derivados de Accidentes ocurridos fuera de la República Mexicana.**
- b. **Gastos médicos distintos de aquellos derivados del Accidente.**
- c. **Gastos derivados de las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**
  - **Fórmulas lácteas.**
  - **Suplementos y complementos alimenticios.**
  - **Multivitamínicos y complementos vitamínicos.**
  - **Cosméticos y dermatológicos.**
  - **Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**
  - **Medicamentos de acción de Terapia celular.**
  - **Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.**
  - **Fórmulas naturistas.**
  - **Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando este se encuentre hospitalizado.**
- d. **Servicios de Enfermería para la administración de Medicamentos por vía oral así como cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento y los enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión.**

## 2. Indemnización por Quemaduras Graves

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufriera de quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos el 30% (treinta por ciento) de la superficie corporal (medida por la regla de los nueve\*), diagnosticada por un Médico especialista, la Compañía pagará al Asegurado el monto de la Suma Asegurada contratada.

El siguiente cuadro describe la relación de las partes del cuerpo y sus porcentajes correspondientes según la regla de los nueve:

Superficie corporal	Porcentaje
Cuello y cabeza (cara anterior)	4.5%
Cuello y cabeza (cara posterior)	4.5%
Tórax	9.0%
Abdomen	9.0%
Espalda alta	9.0%
Espalda baja	9.0%
Miembros inferiores (cara anterior de cada uno)	9.0%
Miembros inferiores (cara posterior de cada uno)	9.0%
Miembros superiores (cara anterior de cada uno)	4.5%
Miembros superiores (cara posterior de cada uno)	4.5%
Periné	1.0%

\*La regla de los nueve para áreas corporales divide el cuerpo en secciones que en total representan el 100% del área de la superficie del cuerpo. Las secciones incluyen cara, cabeza, cuello, brazos, manos, torso (pecho, abdomen anterior, región dorsal y región lumbar), perineo, piernas y pies.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

## **Exclusiones particulares de esta cobertura**

- a. Quemaduras de primer y segundo grado.
- b. Quemaduras que no sean a causa de un Accidente.
- c. Quemaduras por el uso de uso de explosivos y sustancias inflamables, corrosivas o tóxicas.

### **3. Indemnización por Fracturas**

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el Asegurado sufre una o más Fracturas, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada.

**En el caso de que la(s) Fractura(s) sufrida(s) sea(n) de los dedos de pies o manos, se pagará únicamente el 10% de la Suma Asegurada contratada, siempre que esta sea contratada por un monto que exceda de \$2,000 (dos mil pesos).**

**La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. El pago a realizar por la Compañía, será por una sola ocasión respecto del mismo hueso fracturado durante toda la vida del Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza.**

**La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde 1 (un) año y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renov**

## **Exclusiones particulares de esta cobertura**

- a. Fisuras.
- b. Fracturas provocadas por una situación distinta a un Accidente cubierto

#### **4. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer**

En caso de que el Asegurado sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con algún tipo de Cáncer, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

- a. Cáncer incipiente (in situ).**
- b. Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios.**
- c. Cualquier tumor benigno.**
- d. Cuando la causa del Cáncer sea por exposición a asbesto, arsénico, azufre y/o gas radón.**
- e. Cualquier Cáncer provocado a causa de consumo de tabaco por parte del Asegurado.**
- f. Carcinomas basocelulares y espinocelulares.**
- g. Tumores de próstata que histológicamente de acuerdo a la Clasificación de Gleason (Esquema de puntuación específico para Cáncer de próstata que establece su severidad) estén catalogados de Gleason 1 a Gleason 6 o en la clasificación TNM (Sistema para clasificar tumores malignos sólidos que indica tamaño, extensión a ganglios linfáticos y diseminación) menores a T2N0M0.**

- h. Sarcoma de Kaposi y otros tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).**
- i. Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- j. Cáncer diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- k. Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer en su vida, previo a la contratación de la Póliza.**

### **5. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Ovario**

Esta cobertura aplicará siempre y cuando el Asegurado del sexo femenino cumpla con lo siguiente:

- a) Sea diagnosticado por primera ocasión en su vida con Cáncer
- b) El diagnóstico sea de Cáncer de Ovario

La Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el diagnóstico o tratamiento se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Se deberán presentar a la Compañía las pruebas documentales que contengan la integración de las evidencias clínicas del Padecimiento, incluyendo un informe donde se corrobore el diagnóstico y el estudio histopatológico de la lesión tumoral realizado por un patólogo certificado, que certifique el estado clínico (grado de avance de la Enfermedad), fechado y debidamente firmado por un Médico especializado en oncología.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

- a. **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento premaligno no invasivo, Cáncer In Situ (en sitio) y cualquier Cáncer con bajo grado potencial de malignidad, dictaminado por histopatología y por el Médico especialista como diagnóstico final.**
- b. **Cualquier Padecimiento distinto al expresamente indicado en la descripción de la cobertura.**
- c. **Cáncer de ovario diagnosticado durante el Periodo de Espera especificado en el Endoso.**
- d. **Esta cobertura no aplica si el Asegurado recibió el primer diagnóstico de Cáncer.**

## **6. Indemnización por Trasplante de Órgano**

En caso de que el Asegurado requiera por primera ocasión en su vida un Trasplante de Órgano cubierto, la Compañía otorgará el monto de la Suma Asegurada contratada, siempre y cuando el trasplante se presente después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

Para efecto de esta cobertura, se entenderá por Trasplante de Órgano, la transferencia de un órgano o un tejido de un individuo a otro para reemplazar su función, limitándose a corazón, pulmón, cardiopulmonar, páncreas, riñón, hígado y médula ósea; en el entendido de que los parámetros de las funciones de los órganos a ser trasplantados, se encuentren dentro de los parámetros susceptibles para realizar un trasplante.

**Queda excluido cualquier Trasplante de Órgano no mencionado en esta cobertura.**

La Indemnización será otorgada siempre que se compruebe la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos mediante estudios de laboratorio y/o gabinete y diagnóstico o tratamiento emitido por un médico especialista.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

## **7. Indemnización por Cirugías a Causa de Enfermedad**

En caso de que el Asegurado sufra por primera ocasión en su vida algún Padecimiento cubierto que conlleve una Intervención Quirúrgica con Hospitalización igual o mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, y siempre que el primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento de dicho Padecimiento se presenten después del Periodo de Espera especificado en el Endoso.

La Indemnización será pagada siempre que se compruebe que se trata de la primera ocurrencia de la Enfermedad mediante evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y/o de laboratorio efectuadas por un Médico, así como antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada. Esta cobertura estará limitada a un Evento por Asegurado por Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde el nacimiento y hasta los 69 (sesenta y nueve) años. Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

### **Exclusiones particulares de esta cobertura**

- a. Cirugías ambulatorias para las que no se requiera Hospitalización o en las que dicha Hospitalización tenga una duración menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- b. Cirugías a consecuencia de Accidentes ocurridos.**
- c. Intervenciones quirúrgicas relacionadas con afecciones del embarazo tales como parto, puerperio, así como sus complicaciones y afecciones.**
- d. Cirugías de nariz, independientemente de la causa.**
- e. Cirugías maxilofaciales, independientemente de la causa.**

## Exclusiones Generales

No se cubrirán los gastos e indemnizaciones cuando la causa que dé origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

1. Padecimientos o Enfermedades o Accidentes Preexistentes, así como sus complicaciones.
2. Eventos ocurridos fuera de la Vigencia de la Póliza.
3. Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
4. Enfermedades o Padecimientos congénitos.
5. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.
6. Afecciones del embarazo tales como parto o puerperio y/o sus complicaciones y secuelas; así como los gastos relacionados con el Recién Nacido.
7. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura 26.  
Indemnización por Trasplante de Órgano.
8. Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
9. Procedimientos o Tratamientos de carácter estético, cosmetológico, plástico o para la calvicie, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil, así como sus complicaciones.
10. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
11. Procedimientos médicos, quirúrgicos o Tratamientos dietéticos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo cirugía bariátrica para Tratamiento de diabetes y para reflujo, así como sus complicaciones.

12. Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.
13. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, trastornos de la conducta, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas y cualquiera que sea su origen.
14. Tratamientos y/o Terapias, cualesquiera que sean su origen de:
  - a. Rehabilitación psicomotora.
  - b. Rehabilitación neuro feedback.
  - c. Terapias de neuro estimulación.
  - d. Estimulación temprana.
  - e. Rehabilitación cognitiva.
  - f. Aprendizaje.
  - g. Ocupacionales.
  - h. Recreativas.
  - i. Vocacionales.
  - j. Neurolingüísticas.
  - k. Lenguaje.

La Compañía no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o Terapias antes mencionadas ni sus complicaciones, aun cuando estas se encuentren justificadas medicamente cualquiera que sea su origen.

15. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.
16. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, cualquiera que sea su origen.
17. Tratamientos y/o Medicamentos que no estén legalmente autorizados en México.

18. Gastos médicos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.
19. Tratamientos Experimentales.
20. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedad o Padecimientos, cuyos gastos estén cubiertos, excepto lo mencionado en el apartado IV. Servicios de Asistencia numeral 4. Protección Dental de estas Condiciones Generales.
21. Tratamientos basados en Medicina Alternativa y Complementaria, con beneficio incierto y/o con fines preventivos y/o por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales.
22. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
23. Legrados, así como sus complicaciones y secuelas.
24. Intervenciones, complicaciones, tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH/SIDA
25. Cualquier Padecimiento cuando el Asegurado para el traslado sea diagnosticado con VIH / SIDA.
26. Cualquier Padecimiento o Enfermedad no prevista en este Contrato de Seguro.
27. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, así como sus complicaciones y secuelas.
28. Práctica de box thai, lucha libre, motonáutica y automovilismo en cualquier campeonato avalado por la Federación Internacional de Automovilismo o cualquier otra categoría equivalente en riesgo en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte, así como sus complicaciones o secuelas.
29. Enfermedades o Accidentes cuando el Asegurado Viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.

30. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
31. Riña cuando el Beneficiario sea el provocador o por participar en alborotos populares.
32. Lesiones cuando el Asegurado Viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultra ligeros con y sin motor.
33. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
34. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo así como sus resultados, excepto si se demuestra que fue accidental.
35. Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.
36. Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.
37. Tratamientos con fines preventivos.
38. Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
39. Gastos de Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiéndose como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición.
40. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.
41. Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado, sin que estos cumplan la regla de existir a la venta en público en farmacias y establecimientos para este fin en la República Mexicana.
42. Para el caso de Cáncer, los Tratamientos que no hayan sido autorizados por la Secretaría de Salud y que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network.

# Cláusulas generales

## 1. Periodo de Pago de Beneficio

Para las coberturas de Gastos Médicos por Accidente Nacional y Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero, el Periodo de Pago de Beneficio se regirá de la siguiente forma:

En caso de cancelación o no Renovación del Contrato de Seguro o de las coberturas arriba indicadas, la Compañía cubrirá el pago de Siniestros ocurridos dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

- a. El agotamiento de la Suma Asegurada es decir, el monto de los gastos cubiertos en este Contrato de Seguro ha rebasado la Suma Asegurada contratada para cada cobertura.
- 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,  
o
- c. La recuperación del estado de 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 por 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato de Seguro.

## 2. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

- a. Corrección del Contrato de Seguro

**Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha 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). Solo 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.

**b. Notificaciones**

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios 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 este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

### **3. Vigencia del Contrato**

Las partes convienen expresamente que el periodo de Vigencia del Contrato de Seguro contratado será el que se establezca en la Carátula de Póliza, tendiendo como límite máximo 1 (un) año.

### **4. Zona de Cobertura (Territorialidad)**

Para efectos de este Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana, entendiéndose como tales aquellos que residan durante un lapso mínimo de 6 (seis) meses continuos en la República Mexicana.

En caso de contratar la cobertura de Gastos Médicos por Accidente en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dicha cobertura.

El Contratante estará obligado notificar a la Compañía el lugar de residencia del Asegurado, así como cualquier cambio de residencia del mismo.

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

## 5. Prima

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, según establezca la Carátula de la 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.

La Prima correspondiente a cada uno de los Asegurados vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la Carátula de la Póliza.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por el Asegurado, 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.

### 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.

## **6. Periodo de Gracia**

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

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

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

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

## **7. Revelación de Comisiones**

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

## 8. Alta de Asegurados

De conformidad a lo establecido en el Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

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

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

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado a la Colectividad Asegurada deberá efectuarse el pago de la Prima correspondiente.

Los descendientes directos del matrimonio o concubinato, nacidos durante la Vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma. Para que el descendiente directo forme parte de la Colectividad Asegurada, se requerirá que la madre se encuentre asegurada en la Póliza y se notifique a la Compañía el nacimiento del descendiente directo a más tardar a los 30 (treinta) días naturales posteriores a su ocurrencia.

## **9. Baja de Asegurados**

De conformidad a lo establecido en el Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en la que los Asegurados hayan dejado de pertenecer a la colectividad. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado a pagar, este podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura a la terminación del periodo de seguro pagado.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente Renovación, los hijos del Asegurado que dejen de ser Dependientes Económicos.

## **10. Ajustes**

En caso de altas de Asegurados titulares o Dependientes Económicos, la Compañía cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha de movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de bajas de Asegurados titulares o Dependientes Económicos, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante la parte de la Prima no devengada, neta del porcentaje de gastos de administración, gastos de adquisición y margen de utilidad (prima de riesgo no devengada).

## **11. Cambio de Contratante**

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

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

## **12. Renovación**

Este contrato de seguro podrá ser renovado por periodos iguales de 12 meses, si dentro de los últimos 20 días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el Contratante o la Compañía no da aviso por escrito a la otra parte, de su voluntad de no renovarlo, al último domicilio conocido o medio elegido por el Contratante en su caso, para la entrega de documentación contractual al momento de la contratación.

En cada Renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía para efectos de eliminación o reducción de periodos de espera, en términos de las presentes Condiciones Generales; la Renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Compañía informará al Contratante los valores de la Prima y deducible, que aplicarán en cada renovación con al menos 20 días hábiles de anticipación a la Renovación de la Póliza.

En cada renovación la Prima que deberá pagarse, será la que resulte de acuerdo con las tarifas que la Compañía tenga vigentes a la fecha de dichas renovaciones, establecidas en la nota técnica que la Compañía tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

### **13. Rehabilitación**

Si la Póliza se cancela por falta de pago, el Contratante podrá rehabilitar dicha Póliza siempre que este pague la Prima o parte de la misma que se encuentre pendiente de pago a la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en la Cláusula de Periodo de Gracia.

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

Se considerará como Periodo al Descubierto y por lo tanto la Compañía no estará obligada a cubrir cualquier Evento previsto en el Contrato de Seguro, aquel comprendido entre la fecha en la que la Póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del Contratante y la fecha de rehabilitación.

### **14. Prescripción**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose del Fallecimiento del Asegurado y en 2 (dos) años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los Artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **15. Moneda**

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en moneda nacional. Los montos que aparecen en el mismo se reflejan de acuerdo a la moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación.

Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el Artículo 8° de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de hacer el pago. La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada durante su Vigencia, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

## **16. Omisiones o Inexactas Declaraciones**

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

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

Cuando se proponga un Contrato de 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 establecido en el Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

## 17. Competencia

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

- La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- 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, 65 y 68, 70,71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Datos de contacto:

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

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 01 800 737 76 63 (opción 1).  
En la Ciudad de México: 5169 2746 (opción 1).

Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, en la Ventanilla Integral de atención de AXA.

Escríbenos a [axasoluciones@axa.com.mx](mailto:axasoluciones@axa.com.mx), o ingresa a [axa.mx/web/servicios-axa/quejas](http://axa.mx/web/servicios-axa/quejas). En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00.

### **Condusef**

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080.

En la Ciudad de México: (55) 53 40 0999.

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100. Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:

[www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención](http://www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención)

Registro electrónico de comentarios: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

## **18. Edad**

La Edad de aceptación para la contratación del seguro y el ingreso a la Póliza se establece en cada cobertura.

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 esta Póliza quedarán sin efectos. La Compañía reintegrará al Contratante la parte de la Prima de riesgo no devengada que corresponda. Lo anterior de acuerdo a lo establecido en los Artículos 171, 172 y 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración 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 correspondiente a la edad real y la Prima de la edad declarada. Para la elaboración de este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro de acuerdo con el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la edad real se realizará el ajuste correspondiente en Primas.

Si la Compañía hubiere ya realizado algún pago sobre las obligaciones establecidas en este Contrato de Seguro al descubrirse la inexactitud en la declaración de edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar la parte proporcional que hubiere pagado en exceso conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y la Prima pagada fuese mayor a la que correspondiera realmente, se devolverá el exceso de la misma al Contratante.

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 establecerla en el Contrato de Seguro extendiendo el comprobante de tal hecho al Contratante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Cuando exista un error en la edad de los Asegurados que sea imputable a la Compañía, se calculará la Prima con base en la edad real. Cuando la Prima real resulte menor se realizará la devolución de Prima desde el momento en que inició el error. En caso de que la Prima real resulte mayor, el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

## 19. Siniestros

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

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

- a. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Padecimiento derivado de un Accidente o Enfermedad, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que este ocurra, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Compañía, tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

- a. El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b. El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 14. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los Artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c. Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se enlista en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **20. Indemnización**

- a. Pago de Indemnizaciones. La Compañía pagará al Asegurado, la Indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- b. Pagos Improcedentes. Cualquier Indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de cancelación no comunicado oportunamente, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

El Asegurado ratifica que a su elección contrató por nombre y cuenta de la Compañía los proveedores de los servicios médicos tales como Hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico que sean personas morales, hasta los límites de cobertura de esta Póliza.

## **21. Interés Moratorio**

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todos los documentos e información solicitados que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, se obliga a pagar al Asegurado 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.

## **22. Arbitraje Médico**

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

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

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

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

## **23. Cancelación**

Este Contrato de Seguro podrá cesar en sus efectos o resolverse por mutuo consentimiento en cualquiera de los siguientes casos:

- Si el Contratante no realiza el pago de la Prima respectiva dentro del plazo convenido.
- Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles, la Prima de riesgo pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima de riesgo no devengada) sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no exista un Siniestro abierto en la vigencia durante este periodo.

## 24. Extinción de Obligaciones

El Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, este Contrato de Seguro está regido por el principio de la buena fe y suscrito bajo el mismo.

El Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su Vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el Contrato de Seguro que se identifica en la Carátula de la Póliza que corresponda, cuando del análisis de las informaciones o la documentación que presenten, para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso, o alguna situación o circunstancia inherente al Siniestro, se pueda presumir razonablemente que el Contratante, el Asegurado, los Representantes de estos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, con la finalidad de hacer incurrir en error a la Compañía, disimule o altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este Contrato de Seguro asume la Compañía, tales como:

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

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

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, o los Representantes de estos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro terminado anticipadamente, desde tal momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo, relacionados con la reclamación que motivó la terminación anticipada del Contrato de Seguro, así como de las derivadas del Siniestro que con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

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

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la Prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al Contratante devolviéndose la Prima de riesgo correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima de riesgo no devengada).+

## **25. Agravación del Riesgo**

Para todos los efectos del presente contrato es cuando se produce un estado distinto al que existía al celebrarse el Contrato de Seguro, respecto de lo declarado en la solicitud de seguro que sirvió de base para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía; así como lo derivado de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento a los Artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Asegurado omitiere el aviso de Agravación de Riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **26. Entrega de la Documentación Contractual**

La Compañía se obliga a entregar la Documentación Contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del Seguro, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es

inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en internet en el portal axa.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de 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 a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

## **27. Responsabilidad de la Compañía**

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

## **28. Cláusula Especial de Servicios de Asistencia**

### **A. Definiciones Propias de los Servicios de Asistencia**

Los términos con mayúscula inicial que no estén definidos en este apartado, tendrán el significado que se les atribuye en el Apartado I Definiciones de estas Condiciones Generales.

**Beneficiario(s).** Persona que aparece como Asegurado en la Póliza y que tiene derecho a los Servicios de Asistencias.

**Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia.** El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta del prestador de Servicios de Asistencia en favor de un Beneficiario.

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

**Servicios de Asistencia.** Los Servicios de Asistencia que gestiona el prestador de Servicios de Asistencia a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia de un Beneficiario.

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

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

**Viaje.** Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días naturales consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

**País de Residencia.** La República Mexicana.

**Residencia Permanente o Domicilio.** Es el lugar habitual dentro del País de Residencia donde el Beneficiario radica. Este se especifica en la Carátula de la Póliza.

## Obligaciones del Beneficiario

### a. **Solicitud de Asistencia**

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

- Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el prestador de Servicios de Asistencia podrá contactar con él.
- Del Beneficiario o su Representante:
  - Nombre y su número de Póliza.
  - Descripción del problema o dolencia que aqueje al Beneficiario y el tipo de ayuda que precise. El Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado, el prestador de Servicios de Asistencia no tendrá obligación de gestionar ningún Servicios de Asistencia.

### b. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del prestador de Servicios de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital, Clínica o Sanatorio o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.

## **B. Normas Generales**

### a. Mitigación

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

## Presentación de las reclamaciones

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

### b. Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

**Ni la Compañía ni el prestador de Servicios de Asistencia serán responsables de los daños causados por la atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas, que se deban a las acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren o agraven su estado de salud.**

### c. Subrogación

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

## C. Exclusiones de los Servicios de Asistencia

- 1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en Viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiario en contra de la prescripción de algún Médico.**
- 2. Reembolsos de gastos erogados por el Beneficiario, salvo los casos previstos en la Cláusula Especial de los Servicios de Asistencia proporcionada por el prestador de Servicios de Asistencia.**
- 3. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**

4. Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia de:
  - a. La participación del Beneficiario en guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
  - b. Trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo.
  - c. Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunami, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.
  - d. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
  - e. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
  - f. La práctica de deportes como profesional, la participación del Beneficiario en competiciones oficiales y en exhibición.
  - g. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
  - h. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
  - i. La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.
  - j. Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.
  - k. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
  - l. 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.

- m. **Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.**
- n. **Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**
- o. **Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- p. **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- q. **La muerte o lesiones originadas por actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**
- r. **Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, incluyendo gripas, catarros, Fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza.**
- s. **Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
- t. **No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).**
- u. **La falta de la autorización expresa por parte del Médico tratante para el traslado del Beneficiario, que certifique su estabilidad clínica.**
- v. **Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario para el traslado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo, tales como 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.**