



ESCUDO FAMILIAR

Operado por:



Insurance
Services

ESCUDO FAMILIAR

ÍNDICE

I. Definiciones	4
II. Objeto del Seguro	7
III. Descripción de coberturas	7
1. Muerte accidental	7
2. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	7
3. Indemnización por Fracturas	8
IV. Servicios de Asistencia	9
1. Tu médico 24 horas	9
V. Exclusiones generales	10
VI. Cláusulas generales	12
1. Periodo de beneficio	12
2. Corrección del Contrato de Seguro y notificaciones	12
3. Vigencia del contrato	12
4. Zona de cobertura (territorialidad)	12
5. Prima	13
6. Periodo de Gracia	13
7. Revelación de comisiones	13
8. Renovación	13
9. Rehabilitación	14
10. Prescripción	14
11. Moneda	14
12. Incremento anual por inflación	14
13. Omisiones o inexactas declaraciones	14
14. Competencia	14
15. Edad	15
16. Siniestros	16
17. Indemnización	16
18. Interés moratorio	16
19. Arbitraje médico	17
20. Cancelación	17
21. Extinción de obligaciones	17
22. Agravación del riesgo	18
23. Entrega de la Documentación Contractual	18
24. Responsabilidad de la Compañía	18
25. Cláusula especial de Servicios de Asistencia	19
A. Definiciones propias de los Servicios de Asistencia	19
B. Obligaciones del Beneficiario	19
C. Normas generales	20
D. Exclusiones de los Servicios de Asistencia	20
26. Contratación por medios electrónicos (vía telefónica e Internet) y personas morales	23
VII. Artículos citados	23
VIII. Registro	33
ANEXO I	33

I. DEFINICIONES

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

1. COMPAÑÍA

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

2. ACCIDENTE

Acontecimiento súbito, fortuito y violento, proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al mismo.

No se considerarán Accidentes, las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

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

3. ASEGURADO

Persona incluida en la Póliza, sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la misma, con derecho a los beneficios del presente Contrato de Seguro.

4. ASEGURADO(A) TITULAR

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

5. BENEFICIARIO

Para la Cobertura de Muerte Accidental serán: cónyuge o concubino(a) o pareja del mismo sexo e hijos en partes iguales. A falta de estos los padres del Asegurado en igual proporción.

6. CIRUGÍA O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Procedimiento por el cual un Médico realiza una incisión para maniobrar mecánicamente con las estructuras anatómicas, con el objeto de

preservar la funcionalidad de un órgano, o bien, para restaurar o mantener la integridad física o salud del Asegurado y que requiera el uso de una sala de quirófano.

7. COMPAÑÍA DE ASISTENCIA

Compañía designada por AXA Seguros, S.A. de C.V. para prestar los Servicios de Asistencia.

8. CONTRATANTE

Persona física o moral con quien la Compañía ha celebrado el Contrato de Seguro, para sí y para terceras personas, y que se obliga a efectuar el pago de la prima del seguro.

9. CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA

Este Contrato de Seguro está conformado por:

- Carátula de la Póliza,
- Condiciones Generales,
- Endosos,
- Cláusulas Adicionales,
- Folletos, y
- Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

10. DEDUCIBLE

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

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

11. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Cónyuge, concubino(a), pareja del mismo sexo, los hijos menores de 25 (veinticinco) años y que no perciban remuneración o contraprestación alguna por un trabajo personal subordinado o independiente y los padres del Asegurado Titular que dependan económicamente de él.

12. FAMILIA DESCENDENTE

Es el Asegurado Titular y sus Dependientes

Económicos (cónyuge o concubino(a), pareja del mismo sexo e hijos).

13. FAMILIA ASCENDENTE

Es el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos (padres del Asegurado Titular).

14. DÓLAR

Moneda de curso legal en Estados Unidos de América.

15. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Es la autorización otorgada por el Contratante para que el pago de la Prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

16. ENDOSO

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

17. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

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

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

18. EVENTO

Momento en que se utiliza algún servicio médico como consecuencia del mismo Accidente.

19. FECHA DE ALTA

Fecha a partir de la cual el Asegurado contrató por primera vez este producto y comienza a formar parte de este Contrato de Seguro.

20. FISURA

Es una pequeña disolución de continuidad en la estructura de cualquier tejido óseo, similar a una grieta en la que no se produce separación de las partes afectadas del hueso.

21. FRACTURA

Es cuando existe una disolución de continuidad en la estructura de cualquier tejido óseo.

22. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y que cuente con la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente (Cofepris).

Para efecto de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

23. HOSPITALIZACIÓN

Estancia continua mayor a 48 horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un Accidente.

24. INDEMNIZACIÓN

Es el pago que efectúa la Compañía al Asegurado por la ocurrencia de alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de Seguro.

25. LESIÓN CORPORAL

Una laceración física identificable.

26. MÉDICO

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

comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

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

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

27. MEDICAMENTO

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

En territorio nacional:

- Debe estar registrado como tal ante la Cofepris (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios).
- Debe de estar relacionado y autorizado para el tratamiento derivado de un Accidente cubierto.
- Presentar factura del proveedor legalmente autorizado en territorio nacional que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspañol/>.
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional los cuales deben contar con precio máximo al público.

28. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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

- a. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
- b. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- c. Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

29. PAGO POR REEMBOLSO

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

30. POLITRAUMATISMO

Conjunto de lesiones producidas en forma simultánea a causa de un mismo Accidente.

Se entiende por Politraumatismo a:

- a. Traumatismo craneoencefálico II/III.
- b. Hemorragias internas y daño en órganos del tórax y/o abdomen por trauma contuso o penetrante.
- c. Fractura en tres huesos distintos de diferente región anatómica. Tales Politraumatismos deberán ser originados en un mismo Evento.

31. PERIODO AL DESCUBIERTO

Es el tiempo que empieza a correr al término del periodo de gracia y durante el cual cesan los efectos del Contrato de Seguro por la falta de pago de la Prima.

32. PERIODO DE GRACIA

Es el tiempo del que dispone el Contratante para pagar la Prima o la fracción de ella (en el caso de pago en parcialidades), antes de que la Póliza se cancele por falta de pago.

33. PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES

Es la realización de un deporte que implique un beneficio o ingreso en dinero, en especie o en forma de beca para la persona que lo realiza.

34. SINIESTRO

Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en el Contrato de Seguro.

35. SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía a consecuencia de un Accidente cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en este Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

36. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

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

37. VIGENCIA

Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la carátula de la Póliza, el cual no podrá ser mayor a un año.

II. OBJETO DEL SEGURO

El objeto del presente Contrato de Seguro es otorgar las coberturas y Servicios de Asistencia contratados y estipulados en la Carátula de la Póliza y/o Endosos para amparar los Accidentes cubiertos durante la vigencia

del mismo, sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación.

III. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Todas las coberturas descritas en esta Sección tendrán efecto al momento de su contratación. Todas las coberturas se ofrecen como paquete, en ningún caso se ofrecerán de manera individual.

1. MUERTE ACCIDENTAL

En caso de que el Asegurado Titular sufra un Accidente cubierto que le ocasione la muerte dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la Compañía pagará el monto de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura al cónyuge o concubino(a) o pareja del mismo sexo e hijos en partes iguales. A falta de estos los padres del Asegurado en igual proporción.

En caso de que el Asegurado desee modificar sus Beneficiarios deberá comunicarse al número 01 800 911 2639 con horario de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

El monto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza.

2. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

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 reembolsará al Asegurado el costo de los servicios antes mencionados, siempre que:

- La atención médica se inicie dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente cubierto y el monto total de los gastos sea superior al Deducible contratado.
- Se consideren médicamente necesarios y sean prescritos por el Médico Tratante.
- El Accidente haya ocurrido dentro de la República Mexicana y los gastos correspondientes se hayan erogado dentro de la República Mexicana.

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, teniendo como límite el monto de la Suma Asegurada y el Deducible contratados y estipulados en la Póliza.

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, teniendo como límite la Suma Asegurada establecida para esta Cobertura en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada de esta cobertura será única para todos los eventos ocurridos durante la vigencia de la Póliza.

Toda indemnización disminuirá la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza contratada.

Cuando uno de los integrantes de la Familia Asegurada incurra en algún gasto, dicha indemnización se pagará conforme a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza al momento del siniestro.

La Suma Asegurada es conjunta para toda la Familia Asegurada durante el periodo de vigencia de la Póliza.

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 médicos derivados del consumo de las siguientes fórmulas o preparaciones y productos, aun y cuando hayan sido prescritos por el Médico:**
 - a. Fórmulas lácteas.**
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.**

- c. Multivitamínicos y complementos vitamínicos.**

- d. Cosméticos y dermatológicos.**

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

- f. Medicamentos de acción de terapia celular.**

- g. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente cubierto.**

- h. Fórmulas naturistas.**

- i. Ningún tipo de alimento, salvo los alimentos proporcionados al Asegurado cuando este se encuentre hospitalizado.**

- d) Servicios de Enfermería proporcionados por enfermeros(as) que no estén legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión.**

3. INDEMNIZACIÓN POR FRACTURAS

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

La Suma Asegurada será por Asegurado para cada Accidente y estará limitada a 6 (seis) eventos por Familia Asegurada por vigencia de la Póliza.

En el caso de que la(s) Fractura(s) sufrida(s) sea(n) de los dedos de los pies o de las manos, se pagará únicamente el 10% de la Suma Asegurada contratada.

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.

Exclusiones particulares de esta Cobertura:

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

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Los Servicios de Asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguros para efectos de la legislación aplicable. El prestador de Servicios de Asistencia cuenta con una Póliza de Seguro de Exceso de Pérdida para respaldar la suficiencia de los recursos que requiera para el cumplimiento de sus obligaciones bajo estas Condiciones Generales.

Para los efectos de esta Sección IV., el término "Beneficiario" significará el Asegurado. Los Beneficiarios estarán protegidos por la Ley Federal de Protección al Consumidor.

1. TU MÉDICO 24 HORAS

Mediante la contratación de este servicio y a partir de la fecha de alta, el Prestador de Servicios de Asistencia que designe la Compañía otorgará los siguientes beneficios:

A) ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA

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

- Utilización de Medicamentos.
- Molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas, de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

El Equipo de Médicos del Prestador de Servicios de Asistencia no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

- Programar la visita de un Médico al domicilio del Beneficiario.
- Programar el envío de una ambulancia terrestre.

El Prestador de Servicios de Asistencia y la Compañía serán responsables por la gestión de los servicios de acuerdo a lo establecido en este Contrato de Seguro.

B) ENVÍO DE MÉDICO A DOMICILIO (CONSULTA DOMICILIARIA)

A solicitud del Beneficiario, el Prestador de Servicios de Asistencia 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 cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la Consulta domiciliaria.

El Prestador de Servicios de Asistencia proporcionará este servicio, en las principales ciudades de la República Mexicana, especificados en la Cláusula 25. Cláusula Especial de Servicios de Asistencia.

En los demás lugares, el Prestador de Servicios de Asistencia hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad.

C) ENVÍO DE AMBULANCIA TERRESTRE (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE)

El Prestador de Servicios de Asistencia, con el consentimiento del Asegurado, gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano, si este sufre lesiones o traumatismos a causa del Accidente cubierto y a juicio del equipo médico del Prestador de Servicios de Asistencia que sea necesaria su Hospitalización. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, por los medios indicados por el equipo médico del Prestador de Servicios de Asistencia (Ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar), al centro hospitalario más cercano y apropiado a la condición médica del Asegurado.

Serán cubiertos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando estos sean recomendados por el Médico tratante y el equipo de médicos del Prestador de Servicios de Asistencia.

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

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

D) ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA

El Prestador de Servicios de Asistencia otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado a través del centro de atención telefónica con

nutriólogos en cabina (horario 9:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes), máximo 15 (quince) minutos de atención por llamada: pasado dicho tiempo se le recomendará al Beneficiario consultar a un Nutriólogo personalmente.

E) ASISTENCIA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

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

Para todos los casos aplica lo especificado en la Cláusula 25. Cláusula Especial de Servicios de Asistencia.

V. EXCLUSIONES GENERALES

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

1. **Padecimientos, o Enfermedades o Accidentes Preexistentes, así como sus complicaciones.**
2. **Cualquier tipo de Padecimientos o Enfermedades.**
3. **Accidentes o Eventos ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza.**
4. **Accidentes derivados de cualquier Enfermedad o Padecimiento físico o mental.**
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. **Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
8. **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.

9. **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.**
10. **Cualquier tipo de estudio y/o Tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones.**
11. **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.**
12. **Tratamientos y/o Terapias, cualesquiera que sean su origen de:**

- a. **Rehabilitación psicomotora.**
- b. **Rehabilitación neurofeedback.**
- c. **Terapias de neuroestimulación.**
- 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 médicamente cualquiera que sea su origen.

13. **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.
14. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, cualquiera que sea su origen.
 15. Tratamientos y/o medicamentos que no estén legalmente autorizados en México.
 16. 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.
 17. Tratamientos experimentales.
 18. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales que deriven de un Padecimiento o Enfermedad, con excepción de los gastos que resulten de prótesis dentales o cualquier otra clase de tratamiento de ortodoncia a consecuencia de un Accidente cubierto.
 19. 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.
 20. Accidentes derivados del servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 21. Legrados, así como sus complicaciones y secuelas.
 22. 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.
 23. Accidentes derivados de la práctica de box, muay 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.
 24. Accidentes cuando el Asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
 25. Accidentes derivados de actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
 26. Accidentes derivados de riñas cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.
 27. 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.
 28. Accidentes derivados de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado de forma activa.
 29. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo, así como sus resultados, excepto si se demuestra que fue accidental.
 30. Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.
 31. Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.
 32. 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.
 33. 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.

34. Medicamentos o insumos con permiso de importación a nombre del Asegurado, sin que estos estén disponibles para su venta en público en farmacias y establecimientos para este fin en la República Mexicana.

35. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en actividades como: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí y tauromaquia.

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. PERIODO DE BENEFICIO

Para las coberturas de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Robo, el periodo de pago de beneficio se registrará 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, cuando 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.
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del Accidente 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/Asegurado Titular deberá notificar por escrito, o por correo electrónico o por cualquier otro medio indubitable reconocido por la legislación mercantil vigente a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante/Asegurado Titular se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito, o por correo electrónico o por cualquier otro medio indubitable reconocido por la legislación mercantil vigente 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 la Póliza, teniendo 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.

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

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 correspondientes a las coberturas contratadas por el Contratante, de acuerdo con su ocupación, edad alcanzada y del plan contratado en la fecha de inicio de vigencia.

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

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 plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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.

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. 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 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.

La renovación se realizará bajo los siguientes términos:

- a) Sin requisitos de asegurabilidad.
- b) Las primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

Si los términos y condiciones del Contrato de Seguro cambian o se modifican, la Compañía notificará al Contratante los nuevos términos y condiciones con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza; lo cual realizará a través del medio elegido para el envío de la Documentación Contractual.

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

9. 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 que la Póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del Contratante y la fecha de rehabilitación.

10. 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.

11. MONEDA

Los montos que aparecen en el Contrato de Seguro 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 en Prima.

12. INCREMENTO ANUAL POR INFLACIÓN

La Sumas Aseguradas, Deducibles y Primas se incrementarán de manera automática en cada aniversario de la Póliza de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor anual (INPC). Este incremento anual se determinará con base en el INPC anual publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los primeros 10 (diez) días del mes de enero del año de vigencia de la Póliza.

13. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía en 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.

14. COMPETENCIA

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

- a) La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b) La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección determinar la Competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 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:

a) 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 el Distrito Federal: 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, o ingresa a 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 horas

b) Condusef

Teléfonos:

En territorio nacional: 01 800 999 8080

En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999

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

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

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

15. EDAD

Como edad del Asegurado se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de inicio de vigencia del Seguro, en su caso, a la fecha de renovación.

Edad mínima: Para la contratación será de 18 (dieciocho) años. La edad mínima de admisión para la cobertura de Muerte Accidental es de 12 (doce) años y para el resto de las coberturas será desde los 0 (cero) años.

Edad máxima: La edad máxima de aceptación para la emisión de la póliza será hasta los 69

años. Para el caso de los Dependientes Económicos Ascendentes en línea recta no aplicará esta Cláusula.

Para este Contrato de Seguro no existe un límite de edad para la Renovación.

Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de 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.

16. SINIESTROS

La Compañía tendrá derecho a exigir del Contratante o Asegurado Titular toda clase de información sobre los hechos relacionados con el 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, los cuales 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 Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía sobre cualquier Accidente tan pronto como ocurra el siniestro, o 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 Asegurado 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:

b) El Contratante o Asegurado Titular obstaculice 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.

c) 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 11. Prescripción de estas Condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se lista 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.

17. 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.

18. 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.

19. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad o 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 una Enfermedad o Padecimiento Preexistente.

La Compañía acepta que si el Asegurado 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.

20. CANCELACIÓN

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

- a) Si el Contratante no realiza el pago de la Prima respectiva dentro del plazo convenido.
- b) Cuando el Contratante decide dar por terminado anticipadamente el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales siguientes al inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá en un plazo no mayor a 7 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.

21. 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/Asegurado expresamente conviene en que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas con respecto al 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, la extinción de sus obligaciones con respecto al 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 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 extinción de obligaciones con respecto al 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 de 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 extinción de obligaciones con respecto al Contrato de Seguro.

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

22. 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/Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el

siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

23. 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/Asegurado 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 la 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.
- Por correo electrónico, el cual fue registrado al momento de la contratación.
- Acudiendo a cualquiera de las sucursales de la Compañía.

24. 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.

25. 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 Asistencia.

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 las principales Ciudades de la República Mexicana desde la propia residencia permanente del Beneficiario. Sujeto a disponibilidad en la localidad que corresponda y que le señale el Prestador de los Servicios de Asistencia.

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.

B. 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.
 - o Nombre y su número de Póliza.
 - o 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 Servicio 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.
- El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al Beneficiario y, de ser necesario, los datos del Médico que habitualmente atiende al Beneficiario.

El Equipo Médico del Prestador de Servicios 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, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico del Prestador de Servicios de Asistencia decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado considerando las circunstancias especiales del caso.

c) Imposibilidad de notificación al Prestador de Servicios de Asistencia

Los Servicios de Asistencia configuran la única obligación a cargo del Prestador de Servicios de Asistencia, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas Condiciones Generales, el Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios. Exclusivamente cuando se trate de la utilización urgente de ambulancia terrestre, aplicará Reembolso. En ningún otro servicio habrá lugar a Reembolso.

d) Uso de ambulancia terrestre sin previa notificación al Prestador de Servicios de Asistencia.

A consecuencia de un Accidente que implique la utilización urgente de una ambulancia terrestre sin previa notificación al Prestador de Servicios de Asistencia, el Beneficiario o su representante, deberán contactar al teléfono que la Compañía le proporcione para tal efecto a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la ocurrencia del Accidente.

A falta de dicha notificación, el Prestador de Servicios de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

C. 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.

B) 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.

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 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 que se deban a las acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren o agraven su estado de salud.

D) SUBROGACIÓN

El Prestador de Servicios de Asistencia quedará subrogado 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.

D. EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

- I. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por el Beneficiario en contra de la prescripción de algún Médico.**
- II. Reembolsos de gastos erogados por el Beneficiario, salvo los casos**

previstos en la Cláusula Especial de Servicios de Asistencia proporcionada por el Prestador de Servicios de Asistencia.

III. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.

IV. Las situaciones de asistencia que sean consecuencia de:

1. 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.
2. Trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo.
3. 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.
4. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
5. La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
6. La práctica de deportes como profesional, la participación del Beneficiario en competiciones oficiales y en exhibición.
7. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
8. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o

desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

9. La participación del Beneficiario en actos delictivos.

10. Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.

11. Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.

12. 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.

13. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.

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

15. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

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

17. La muerte o lesiones originadas por actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.

18. Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, incluyendo gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza.

19. Si por cualquier circunstancia, el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier Autoridad.

20. No se prestarán los Servicios de Asistencia cuando el Beneficiario no tenga identificación oficial (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).

21. La falta de la autorización expresa por parte del Médico

tratante para el traslado del Beneficiario, que certifique su estabilidad clínica.

22. 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.

26. CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS (VÍA TELEFÓNICA E INTERNET) Y PERSONAS MORALES

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 102, 103 y 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 4.10 y 33 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los medios electrónicos (vía telefónica e Internet) y Personas Morales, no Agente de Seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente.

1. El Contratante obtendrá del interlocutor o la página de Internet la información general del seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación del seguro, así como sus características esenciales.
2. El Contratante obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:
 - Vía Telefónica: Responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en obtener la Póliza ofertada y proporcionar la información necesaria para la celebración del Contrato de Seguro.
 - Internet: Ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica de la Compañía, sus datos personales, los datos del Asegurado, así como la información necesaria para la celebración del Contrato de Seguro. En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la prima y su dirección de correo electrónico. Para identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autenticación antes mencionados es responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.
3. La Compañía hará saber al Contratante de manera fehaciente y a través del mismo medio su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.
4. La Compañía realizará una pregunta precisa sobre la intención del Contratante de renovar su Póliza por periodos iguales de 12 meses.

5. Adicional a lo establecido en la Cláusula 23. Entrega de la Documentación Contractual, la Compañía proporcionará la dirección de la página de Internet donde el Contratante podrá consultar un ejemplar digital de las presentes Condiciones Generales, así como los datos de contacto para la atención de Siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada de Atención a Clientes.
6. En caso que el Contratante desee solicitar la terminación anticipada de su Póliza, podrá hacerlo al teléfono indicado en la Carátula de Póliza en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio de cancelación. También podrá realizarlo mediante escrito libre presentado directamente en la Unidad Especializada de Atención a Clientes. Una vez recibida la solicitud de cancelación, la Compañía procederá a terminar anticipadamente el Contrato de Seguro.

Al realizar la contratación de este seguro por medios electrónicos, el Contratante acepta y reconoce su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la Compañía.

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante o Asegurado.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia del Seguro, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante a través de la llamada telefónica o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios para la celebración del Contrato de Seguro. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la prima del Seguro.

VII. ARTÍCULOS CITADOS

Leyes aplicables. El presente Contrato de Seguro hace referencia a lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Las Instituciones de Seguros solo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión, en la forma y términos que esta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción solo podrá ser ejercida por el contratante, Asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

Artículo 202

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

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

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

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

Artículo 277

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;

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Artículo
277

<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>	<p>Artículo 277</p>
---	---------------------

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	
<p>El proponente estará obligado a declarar por escrito a la Compañía, 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>	<p>Artículo 8</p>
<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>	<p>Artículo 9</p>
<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>	<p>Artículo 10</p>
<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>	<p>Artículo 25</p>
<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. 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>	<p>Artículo 40</p>
<p>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 empresa en lo sucesivo.</p>	<p>Artículo 52</p>

<p>Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.</p>	<p>Artículo 53</p>
<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>	<p>Artículo 54</p>
<p>Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.</p>	<p>Artículo 67</p>
<p>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.</p>	<p>Artículo 69</p>
<p>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.</p>	<p>Artículo 70</p>
<p>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 Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:</p> <p>I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 81</p>
<p>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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.</p>	<p>Artículo 82</p>
<p>Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.</p>	<p>Artículo 171</p>

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	
<p>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:</p> <p>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;</p> <p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>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</p> <p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los 10 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 para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	Artículo 50 Bis
<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. 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>	Artículo 65
<p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.</p>	Artículo 66
<p>La comisión deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</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>	Artículo 68

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La Institución Financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la Institución Financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

Artículo 68

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Artículo 68

<p>En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.</p>	<p>Artículo 70</p>
<p>Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de lado.</p>	<p>Artículo 71</p>
<p>En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.</p>	<p>Artículo 72 Bis</p>

<p>LEY MONETARIA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</p>	
<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 esta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.</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 solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.</p>	<p>Artículo 8</p>

REGISTRO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de mayo de 2019, con el número CNSF- S0048-0119-2019/CONDUSEF-003731-02.

ANEXO

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación en caso de un Siniestro:

1. Solicitud de Reembolso.
2. Copia de la Carátula de la Póliza o de la Tarjeta de Seguro, si lo tuviere.
3. Estado de Cuenta Bancario (en caso de requerir el pago con transferencia electrónica) con máximo tres meses de antigüedad.
4. Adicional, se deberán adjuntar los documentos enlistados a continuación por Cobertura:

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	DOCUMENTACIÓN PARA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS
MUERTE ACCIDENTAL	<p>A. Acta de Defunción y Acta de Nacimiento del Asegurado afectado.</p> <p>B. Acta del Ministerio Público con los resultados de necropsia, alcoholemia, toxicológico y que indique las causas y lugar del deceso.</p> <p>C. Identificación Oficial vigente del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte o Cartilla) y Comprobante del Domicilio del Beneficiario no mayor a tres meses.</p> <p>En caso de no contar con Beneficiarios designados, copia de la Identificación Oficial de los Beneficiarios según Condiciones Generales.</p>
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	<p>A. Estudios de Laboratorio y Gabinete, recetas médicas en caso de aplicar.</p> <p>B. Facturas originales con el detalle de los gastos, así como la comanda hospitalaria en caso de hospitalización a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V.</p> <p>C. Copia de la Identificación Oficial vigente del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte o Cartilla) y Comprobante del Domicilio no mayor a tres meses.</p> <p>D. Informe Médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución médica del accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.</p>

INDEMNIZACIÓN POR FRACTURAS	A. Estudios de Laboratorio y Gabinete en caso de aplicar. B. Copia de la Identificación Oficial vigente del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte o Cartilla) y Comprobante de Domicilio no mayor a tres meses. C. Informe Médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de hospitalización, la evolución médica del accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo. En todos ellos se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
------------------------------------	--

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de mayo de 2019, con el número CNSF- S0048-0119-2019/ CONDUSEF-003731-02.

ESCUDO FAMILIAR

ESCUDO FAMILIAR