



Gastos Médicos Mayores

Producto nuevo



Condiciones generales

Índice

	Página
I. Definiciones	3
II. Objeto del seguro	7
III. Descripción de coberturas	7
1. Indemnización por fracturas	7
2. Indemnización por hospitalización a causa de accidente	8
IV. Exclusiones generales	8
V. Cláusulas generales	9
VI. Artículos citados	20
VII. Registro	28
VIII. Anexo I	29

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

Producto nuevo

Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos de este contrato de seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1. Compañía o aseguradora

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 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. Certificado individual

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

5. Colectividad asegurable

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

6. Colectividad asegurada

La integran las personas que cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos en el contrato de seguro y cuyos nombres aparecen en el registro de asegurados que mantiene la compañía.

7. 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.

8. Contrato de seguro o póliza

Este contrato de seguro está conformado por:

- a. Carátula de póliza
- b. Condiciones generales
- c. Endosos
- d. Certificados
- e. Cláusulas adicionales
- f. Folletos
- g. Cualquier otra información proporcionada por el contratante y/o asegurado para la contratación de esta póliza.

9. 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.

10. 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.

11. Evento

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

12. 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.

13. 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.

14. Fractura

Pérdida de continuidad total o parcial de la estructura ósea.

15. 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.

16. 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.

17. Indemnización

Es el pago que efectúa la compañía al asegurado, por la ocurrencia de alguna de las eventualidades previstas en el contrato de seguro.

18. Lesión corporal

Una laceración física identificable.

19. 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, enfermedad o padecimiento 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.

20. Medicamento

Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo 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 estar relacionado y autorizado para el tratamiento derivado de un accidente, enfermedad o padecimiento 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/EnEspanol/>.
 - Se trate de medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional de acuerdo con la página oficial: <http://economia.gob.mx/transparencia/transparencia-focalizada> establecidos en el documento denominado: “Precios máximos de medicamentos de patente”, los cuales deben contar con precio máximo al público.

En territorio extranjero:

- Presentar receta emitida por el médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe estar relacionado con el tratamiento de un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor legalmente autorizado en el extranjero que surte el medicamento.
- Estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América <http://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/>

21. Padecimiento preexistente

Se entenderá por accidentes, 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.
- 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.
- 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.

22. 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.

23. 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 quede sin efectos.

24. 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.

25. Siniestro

Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en el contrato de seguro.

26. Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la compañía por cada asegurado y para cada 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.

27. Vigencia

Periodo de validez del contrato de seguro previsto en la carátula de 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 contratadas y estipuladas en la carátula de póliza y/o endosos por accidentes cubiertos durante la vigencia del mismo en territorio nacional, 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.

Las coberturas serán independientes por la ocurrencia de un accidente cubierto bajo este contrato de seguro.

1. Indemnización por fracturas

Si como consecuencia directa de un accidente, el asegurado sufre una o más fracturas, la compañía pagará el monto 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 dentro de la vigencia de la póliza.

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

Exclusiones particulares de esta cobertura

a. Fisuras.

b. Fracturas provocadas por una situación distinta a un accidente cubierto.

2. Indemnización por hospitalización a causa de accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto, el asegurado se viera precisado a internarse en un hospital, clínica o sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico que sea medicamente necesario y prescrito por un médico, la compañía pagará el monto de la suma asegurada contratada, siempre y cuando dicha hospitalización tenga una duración mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.

La responsabilidad de la compañía en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para cada accidente.

Esta cobertura estará limitada a tres eventos por asegurado por vigencia de la póliza.

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

Exclusiones particulares de esta cobertura

- a. Hospitalización cuya duración sea menor a 48 (cuarenta y ocho) horas.**
- b. Hospitalización a consecuencia de padecimientos o enfermedades, o por cualquier causa distinta a un accidente.**

IV. Exclusiones generales

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

- 1. Padecimientos o enfermedades preexistentes, así como sus complicaciones.**
- 2. Eventos ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**
- 3. Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
- 4. Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
- 5. Accidentes ocurridos cuando el asegurado se encuentre realizando actividades derivadas del servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- 6. Legrados, así como sus complicaciones y secuelas.**
- 7. Accidentes 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.**
- 8. Accidentes derivados de la práctica de box thai, lucha libre, motonáutica y automovilismo en cualquier campeonato avalado por la Federación Internacional**

de Automovilismo o cualquier otra categoría equivalente en riesgo en cualquiera de sus modalidades, así como los accidentes derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.

9. Accidentes cuando el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.
10. Accidentes derivados de actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado.
11. Accidentes derivados de riña cuando el asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.
12. 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 ultraligeros con y sin motor.
13. Accidentes derivados de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
14. Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.

V. Cláusulas generales

1. Corrección del contrato de seguro y notificaciones

a. Corrección del contrato de seguro

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado y/o contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el contratante y la compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al contrato de seguro y sus endosos.

b. Notificaciones

Toda comunicación entre la compañía, el asegurado y/o contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la póliza. El contratante deberá notificar por escrito a la compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la póliza. Las notificaciones que la compañía haga al contratante, se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la compañía.

2. Vigencia del contrato

Las partes convienen expresamente que el periodo de vigencia del contrato de seguro contratado será el que se establezca en la carátula de póliza, tendiendo como límite máximo 1 (un) año.

3. 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 estará obligado a notificar a la compañía el lugar de residencia del asegurado, así como cualquier cambio de residencia del mismo.

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

4. Prima

Es la contraprestación económica prevista en el contrato de seguro a cargo del contratante, a favor de la compañía, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca la carátula de la póliza.

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, género y edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia.

La prima correspondiente a cada uno de los asegurados vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la carátula de la póliza.

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

Lugar de pago

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

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

5. Periodo de gracia

Lapso contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza para el pago de la prima, que tiene el contratante para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el endoso correspondiente, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

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

Durante el periodo de gracia para el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, no aplicará el pago de gastos médicos mediante la modalidad de pago directo para ningún siniestro, los cuales en su caso podrán ser tramitados bajo el esquema de pago por reembolso.

6. 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.

7. Alta de asegurados

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

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

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

Una vez aceptada la inclusión del nuevo asegurado a la colectividad asegurada deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

8. Baja de asegurados

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

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

Cuando un asegurado no cubra al contratante la parte de la prima a que se haya obligado a pagar, este podrá solicitar su baja a la compañía cesando su cobertura a la terminación del periodo de seguro pagado.

9. Ajustes

En caso de altas de asegurados titulares, la compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha de movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de bajas de asegurados titulares o dependientes económicos, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante la parte de la prima no devengada, neta del porcentaje de gastos de administración, gastos de adquisición y margen de utilidad (prima de riesgo no devengada).

10. Reconstratación

La vigencia máxima de este contrato de seguro será anual y la compañía podrá otorgar la reconstratación del seguro en los términos y condiciones de los productos que la misma tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Para realizar la reconstratación, el contratante deberá solicitarlo a la compañía mediante el llenado y entrega de la solicitud de seguro vigente.

La reconstratación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro.

En cada recontractación, la compañía podrá modificar y/o incluir: definiciones, coberturas, exclusiones, cláusulas generales y servicios de asistencia. Asimismo, se actualizarán los montos de deducible y suma asegurada.

En cada recontractación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva se aplicará de acuerdo con la edad y género del asegurado. El incremento que se efectuará para cada recontractación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

11. Rehabilitación

Si la póliza se cancela por falta de pago, el contratante podrá rehabilitar dicha póliza siempre que este pague la prima o parte de la misma que se encuentre pendiente de pago a la compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del periodo de gracia señalado en la cláusula de periodo de gracia.

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

Se considerará como periodo al descubierto y por lo tanto la compañía no estará obligada a cubrir cualquier evento previsto en el contrato de seguro, aquel comprendido entre la fecha en la que la póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del contratante y la fecha de rehabilitación.

12. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán 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.

13. Moneda

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

Todos los pagos en el contrato de seguro deberán efectuarse en moneda nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al momento de hacer el pago. La moneda en que se emitió este contrato de seguro no podrá ser modificada durante su vigencia, es decir, no habrá conversión de moneda en suma asegurada ni prima.

14. Omisiones o inexactas declaraciones

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

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

Cuando se proponga un 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 con 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.

15. 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:

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

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 800 737 76 63 (opción 1).

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

Dirección: Félix Cuevas 366, col. Tlacoquemécatl, del. Benito Juárez, C.P. 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.

Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 800 999 8080.

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

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

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

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

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

16. Edad

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

Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la recontractación 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 con 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.

17. Siniestros

La compañía tendrá derecho a exigir del contratante o asegurado titular toda clase de información sobre los hechos relacionados con siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

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

- a. El contratante o asegurado titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo.
- b. El asegurado no presente la información o documentación solicitada por la compañía sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula 14. Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c. Comprobación del siniestro: la compañía solicitará en caso de siniestro que se le presente en original la documentación que se enlista en el Anexo I de estas condiciones generales.

La compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado 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.

18. 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.

19. 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 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.

20. Arbitraje médico

En caso de que la compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el asegurado podrá solicitar por escrito a la compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el asegurado y la compañía, para que este a través de un arbitraje privado decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el médico elegido por el asegurado y por la compañía quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

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

21. 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 el contrato de seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de vigencia de la póliza, la compañía devolverá en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles, la prima de riesgo pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima de riesgo no devengada) sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia durante este periodo.

22. Extinción de obligaciones

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

El contratante expresamente conviene en que la compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el contrato de seguro que se identifica en la carátula de la póliza que corresponda, cuando del análisis de las informaciones o la documentación que presenten, para sustentar cualquier reclamación de pago, o 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.
- c. Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos o privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o reembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al siniestro.

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

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el contratante, el asegurado, o los representantes de estos, cesarán los efectos a futuro del contrato de seguro terminado anticipadamente, desde tal momento y la compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo, relacionados con la reclamación que motivó la terminación anticipada del contrato de seguro, así como de las derivadas del siniestro que con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

Sin embargo, la compañía cumplirá íntegramente y de acuerdo con los límites máximos de responsabilidad, sumas aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este contrato del seguro, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y siniestros que se hubieren presentado y reclamado válidamente con anterioridad y sean distintos a la que motivó la terminación anticipada del contrato de seguro.

En todo caso, la compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al contratante devolviéndose la prima de riesgo correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima de riesgo no devengada).

23. Agravación del riesgo

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

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

Si el asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía en lo sucesivo de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

24. Entrega de la documentación contractual

La compañía se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro, a través del medio elegido por el contratante al momento de la contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

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

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

25. 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.

VI. Artículos citados

Leyes aplicables

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	Artículo
<p>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.</p> <p>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 los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.</p> <p>Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que esta determine mediante disposiciones de carácter general.</p> <p>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 aquellos.</p>	Art. 202
<p>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:</p> <p>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.</p> <p>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;</p>	Art. 276

<p>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;</p> <p>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;</p> <p>VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.</p> <p>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;</p> <p>VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;</p> <p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p>	<p>Art. 276</p>
---	-----------------

<p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.</p>	<p>Art. 276</p>
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p> <p>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>Art. 277</p>
<p>Ley Sobre el Contrato de Seguro</p>	<p>Artículo</p>
<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>Art. 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>Art. 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>Art. 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>Art. 25</p>

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 40
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.	Art. 53
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.	Art. 54
Cuando el asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
La empresa aseguradora 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.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el Beneficiario o los Representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsa 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.	Art. 82
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.	Art. 171

<p>Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, 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 empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</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 empresa aseguradora 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>Art. 172</p>
<p>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.</p> <p>Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los Beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los Beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.</p>	<p>Art. 173</p>
<p>Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros</p>	<p>Artículo</p>
<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 responde 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>Art. 50 bis</p>

<p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	Art. 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.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	Art. 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>	Art. 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.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.</p> <p>La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior.</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;</p> <p>La Institución Financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la Institución Financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;</p> <p>IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p>	Art. 68

<p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p> <p>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.</p> <p>VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. 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.</p> <p>En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, 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;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

<p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las comisiones nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p>	Art. 68
<p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p> <p>En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario.</p> <p>La falta de comparecencia del fiado o de su Representante, no impedirá que se lleve a cabo la audiencia de conciliación.</p>	Art. 69
<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>	Art. 70
<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 laudo.</p>	Art. 71
<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>	Art. 72 bis
Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	Artículo
<p>Las personas que ingresen a la colectividad asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.</p> <p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la colectividad asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.</p>	Art. 17

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.	Art. 18
Ley Monetaria	Artículo
<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.</p> <p>Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.</p> <p>Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.</p> <p>Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago 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>	Art. 8

VII. Registro

Leyes aplicables. 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 XX de xxxxxxxx de 201x, con el número CNSF-S0048-xxxx-xxxx-201X.

VIII. Anexo I

El asegurado deberá presentar la siguiente documentación en caso de un siniestro:

1. Solicitud de reclamación
2. Copia de la carátula de póliza o certificado individual o de la tarjeta de seguro, si los tuviere

adicionalmente, se deberán adjuntar los documentos enlistados a continuación por cobertura:

Descripción de coberturas	Documentación para reclamación de siniestros
Indemnización por fracturas	<ul style="list-style-type: none">A. Estudios de laboratorio y gabinete en caso de aplicar.B. Copia de la identificación oficial vigente del asegurado.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 del padecimiento, enfermedad o 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.
Indemnización por hospitalización a causa de accidente	<ul style="list-style-type: none">A. Estudios de laboratorio y gabinete en caso de aplicar.B. Comprobante de hospitalización con fecha de ingreso y egreso.C. Copia de la identificación oficial vigente del asegurado.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 del padecimiento, enfermedad o 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.



Llámanos sin costo
800 001 8700
axa.mx