Salud

El camino hacia tu bienestar

lo hacemos juntos

Planmed® Híbrido Colectivo

Condiciones Generales

Producto propiedad de AXA Salud, S. A. de C. V. y los servicios médicos son prestados por Keralty México S. A. de C. V.

ÍNDICE

Condiciones Generales

Contenido	Página
I. DEFINICIONES	**4**
Asegurado	4
AXA Keralty	4
Carátula de Póliza	4
Certificado Familiar	4
Colectividad Asegurada	4
Asegurados	4
Contratante	4
Contrato de Seguro o Póliza	5
Enfermedad o padecimiento	5
Familia Asegurada	5
Fecha de Inicio de Vigencia	5
Fecha de Término de Vigencia	5
Folleto Explicativo	5
Límite de cobertura	5
Médico	5
Personal de Salud de Atención de Especialidad	6
Prestadores de Servicio	6
Referencia	6
Relación de Asegurados	6
Solicitud de Seguro	6
Solicitud de Cambios	6
Suma Asegurada o Límite de cobertura	6
II. OBJETO DEL SEGURO	**7**
III. COBERTURA BÁSICA	**7**
1. Consultas de Atención Primaria	7
2. Orientación Médica a Distancia	7
3. Consultas de Apoyo	7
IV. EXCLUSIONES GENERALES	**8**
V. CLÁUSULAS GENERALES	**8**
Periodo de Beneficio	8

ÍNDICE

Condiciones Generales

Contenido	Página
Modificaciones y Notificaciones	8
Vigencia	9
Territorialidad	9
Periodo de Gracia	9
Prima	9
Forma de Pago.	9
Revelación de Comisiones	10
Contratación del Seguro por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona	10
Moral Distinta de Agente de Seguros	10
Alta de Asegurados	12
Baja de Asegurados	12
Esquema de Administración de la Colectividad	12
Renovación	13
Cancelación	13
Preexistencia	14
Rehabilitación	14
Prescripción	14
Moneda	14
Omisiones o Inexactas Declaraciones	14
Agravación del Riesgo	15
Competencia	15
Edad	16
Pago por reembolso	16
Interés Moratorio	17
Derechos de los Asegurados	19
Cambio de Contratante	20
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	20
Entrega de la Documentación Contractual	20

AXA Salud
PLANMED® Híbrido Colectivo
Condiciones Generales

I.DEFINICIONES

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

Asegurado

Persona incluida en el Certificado Familiar, sobre la que recaen los riesgos cubiertos por este Contrato de Seguro.

AXA Keralty

La alianza estratégica entre AXA Salud, S.A. de C.V. (AXA) y Keralty México, S.A. de C.V. (Keralty), donde AXA funge como la Compañía de seguros que asume los riesgos previstos en este contrato de seguro y Keralty está a cargo de la prestación de servicios médicos.

Carátula de Póliza

Documento que forma parte integrante del Contrato de Seguro, el cual contiene los derechos y obligaciones del Contratante, Asegurado y la Compañía: las coberturas, límite de cobertura, copagos, prima pactada, forma de pago, fecha de inicio y fin de vigencia.

Certificado Familiar

Documento a través del cual la Compañía reconoce a una persona como Asegurado o miembro de la Colectividad Asegurada, en el cual se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto al seguro contratado.

Colectividad Asegurada

La integran las personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común lícito, son definidos por el Contratante mediante reglas de carácter general, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la Compañía y sus nombres aparecen en la relación de asegurados.

Para ser considerada una colectividad asegurada, se debe cumplir con un mínimo de 10 Asegurados con 5 Asegurados Titulares.

Compañía

Toda mención en adelante de la Compañía se refiere a AXA Salud S.A de C. V.

Contratante

Persona física o moral que interviene en la celebración del Contrato, mismo que para efectos de este, será el responsable del pago de la prima.

Contrato de Seguro o Póliza

Acuerdo de voluntades por virtud del cual la Compañía, se obliga mediante una Prima a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en la Póliza. La Carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, el Folleto Explicativo y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo, constituyen testimonio del Contrato de Seguro entre el Contratante y la Compañía.

Enfermedad o padecimiento

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

No se considerarán como enfermedad o padecimiento las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Familia Asegurada

Se considera como Familia Asegurada al cónyuge o concubinario o concubina (incluyendo parejas del mismo sexo) que posea tal carácter conforme a la legislación aplicable, los hijos solteros y que no perciban remuneración o contraprestación alguna por un trabajo personal subordinado o independiente, los padres del Asegurado Titular que vivan con él y dependan económicamente de él o los que el Contratante haya definido siempre que tengan un vínculo o interés común lícito y los cuales formen parte de la Colectividad Asegurada.

Fecha de Inicio de Vigencia

Es la fecha a partir de la cual inicia la protección del Contrato de Seguro, misma que será especificada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Familiar.

Fecha de Término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección del Contrato de Seguro, misma que será especificada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Familiar.

Folleto Explicativo

El documento que forma parte del Contrato de Seguro, en el que se describen las principales responsabilidades del Asegurado, conforme a lo que disponen las normas legales aplicables y las bases y políticas establecidas por la Compañía, respecto de su Contrato de Seguro, así como los trámites que el Asegurado puede y los que no puede realizar por conducto de la Compañía.

Límite de cobertura

Responsabilidad máxima de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada año póliza, por los beneficios contratados. Esta cantidad se indica en la Carátula de Póliza como tope de número de eventos, ocurridos dentro de la vigencia de la Póliza.

Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general o Médico especialista, 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.

Personal de Salud de Atención de Especialidad

Aquellos profesionales de salud distintos de Médico Tratante que cuenten con cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública de México y que forman parte de los Prestadores de Servicio designados por la Compañía. Dentro de este personal se consideran los que se encuentran mencionados en el catálogo de procedimientos disponibles en el portal axa.mx o axakeralty.mx

Prestadores de Servicio

Conjunto de prestadores de servicio médico con los que la Compañía ha celebrado convenios para brindar servicios, cuidado y atención médica al Asegurado, detallados en el catálogo contenido en el Folleto Explicativo o en el portal axa.mx o axakeralty.mx.

Referencia

Solicitud de evaluación diagnóstica o terapéutica de un asegurado (referido), realizada por un médico (referente) y dirigida a otro médico (receptor) con la finalidad de asegurar la continuidad en el cuidado del asegurado. La referencia también puede ocurrir del Prestador de Servicio designado por la Compañía (referente) a una institución prestadora de servicios de salud con mayor capacidad resolutiva (receptora). La referencia indicará la cantidad de servicios solicitados a los que el usuario puede acceder con el médico receptor o en la institución receptora.

Relación de Asegurados

Es la relación de personas cubiertas al momento de celebrar el Contrato de Seguro, este podrá ser modificado mediante solicitudes de altas y/o bajas de Asegurados en la póliza.

Solicitud de Seguro

Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y debe ser firmado por el Contratante.

Solicitud de Cambios

Documento que contiene la voluntad del Contratante para dar de alta y baja a integrantes de la Colectividad, así como hacer modificaciones sobre las coberturas y los datos de los Asegurados que integran la Colectividad.

Suma Asegurada o Límite de cobertura

Responsabilidad máxima de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada año póliza, por los beneficios contratados. Puede expresarse en número de servicios o en monto, mismo que se indicará en la carátula de póliza y/o certificado individual.

II. OBJETO DEL SEGURO

Este seguro tiene como objeto brindar atención médica oportuna con enfoque preventivo, a través de servicios médicos de Atención Primaria, teniendo como objetivo principal el de preservar la salud de los Asegurados.

La atención médica solo será brindada a través de los Prestadores de Servicio designado por la Compañía, los cuales podrá consultar el Asegurado en el listado publicado en axa.mx o axakeralty.mx

III. COBERTURA BÁSICA

1. Consultas de Atención Primaria

Esta cobertura será brindada por los Prestadores de Servicio que determine la Compañía y se ajustará a los límites establecidos en la Carátula de Póliza.

Quedan cubiertas las consultas o videoconsultas previamente programadas, otorgadas por las especialidades médicas mencionadas en la Carátula de Póliza, para evaluar el estado de salud que presente el Asegurado y realizar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias correspondientes.

Los procedimientos médicos y medicamentos que se deriven de las consultas o videoconsultas estarán a cargo del Asegurado.

El Asegurado deberá cubrir el porcentaje que por concepto de Copago se establece en la Carátula de Póliza para esta cobertura, conforme al plan contratado.

2. Orientación Médica a Distancia

Este servicio será proporcionado por el Prestador de Servicio designado por la Compañía, las 24 (veinticuatro) horas los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

El Asegurado podrá solicitar de manera directa la orientación que requiera por parte del equipo médico a través de una llamada telefónica al número indicado en el Folleto Explicativo, o bien por los medios que al efecto ponga a disposición la Compañía, mediante notificación al Contratante, conforme a la cláusula Modificaciones y Notificaciones.

El equipo médico brindará la orientación para contener los síntomas presentados, sin emitir diagnóstico, tratamiento, ni prescripción de medicamentos.

3. Consultas de Apoyo

Quedan cubiertas las Consultas con el Personal de Salud de Atención de Especialidad previa Referencia de un Médico autorizado por la Compañía según sea necesario por el estado de salud que presente el Asegurado.

Las consultas de apoyo serán las que se encuentran mencionados en el catálogo de procedimientos disponibles en el portal axa.mx o axakeralty.mx

Las consultas estarán topadas/ limitadas al número de consultas especificado en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado deberá cubrir el porcentaje que por concepto de Copago se establece en la Carátula de Póliza para esta cobertura, conforme al plan contratado.

IV. EXCLUSIONES GENERALES

No se cubrirán los servicios médicos por cualquiera de las siguientes causas:

- **Cualquier servicio distinto a los establecidos en el punto III. Cobertura Básica.**
- **Los servicios otorgados antes de la Fecha de Inicio de Vigencia o después de la Fecha de Término de Vigencia.**
- **Cualquier servicio en exceso a los límites establecidos en la Carátula de Póliza y/o Certificado Familiar.**

V. CLÁUSULAS GENERALES

Periodo de Beneficio

La Compañía estará obligada a cumplir con la prestación de servicios descritos en este Contrato de Seguro dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca cualquier eventualidad prevista en este Contrato de Seguro y dentro de la vigencia del mismo. Dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

a) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes o

b) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del Servicio Médico, el cual no podrá ser inferior a 2(dos) años contados a partir de la fecha en que se cancele el Contrato de Seguro.

Modificaciones y Notificaciones

El Contrato de Seguro solo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, haciéndose constar por escrito mediante la expedición de la carátula de póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma. Dichas modificaciones que se hicieran al Contrato de Seguro deberán estar registradas de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Asegurado Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30(treinta) días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito, al domicilio especificado en la Carátula de Póliza o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente al Contratante.

Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio o correo electrónico que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

Vigencia

Periodo de validez del Contrato de Seguro, el cual no podrá ser mayor a un año y cuyo inicio y fin se estipula en la carátula de la Póliza y/o Certificado Familiar.

Territorialidad

Solo estarán protegidas bajo este Contrato de Seguro las personas que radiquen permanentemente dentro del territorio nacional mexicano.

El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía el lugar de Residencia de los Dependientes Económicos incluidos en la póliza cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

Periodo de Gracia

Plazo máximo que tiene el Contratante para pagar la prima correspondiente, el cual será de 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del inicio de vigencia del recibo correspondiente al periodo facturado. En caso de convenirse un plazo distinto al mencionado en esta cláusula, el Contratante reconoce y se obliga a pagar la prima correspondiente en el plazo máximo convenido.

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 se establezca en la Carátula de la Póliza.

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la Fecha de Inicio de Vigencia.

En cada renovación la prima se actualizará tomando en cuenta la inflación presentada en los servicios médicos y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de Primas en

cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima, conforme lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá conforme a la cláusula Período de Gracia. Si no hubiese sido pagada la prima o fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la cláusula Período de Gracia, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente en el último día de dicho plazo.

Forma de Pago

El Contratante se obliga a cubrir el monto que por concepto de prima se indica en el recibo correspondiente.

Los pagos de Prima se efectuarán por transferencia a través de referencias bancarias. El contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

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 10(diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 4.10 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) o la prestación de servicios de Personas Morales Distintas de Agente de Seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente.

1) El Contratante y/o Asegurado 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 y/o Asegurado obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:

   Vía telefónica, responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar, proporcionar los datos de autentificación del solicitante e información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.

   Internet, ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica, sus datos personales, del Asegurado y la información necesaria para la celebración del Contrato de seguro o Póliza.

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 la identificación y autentificación, el Contratante y/o Asegurado 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 autentificación antes mencionados son 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 y/o Asegurado 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 y/o Asegurado 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 y/o Asegurado de renovar en forma automática la Póliza.

5) La Compañía preguntará al Contratante el medio por el cual desea recibir su Documentación Contractual. La Compañía entregará la Documentación Contractual al Contratante a través del medio elegido por este; de forma adicional le proporcionará la dirección de la página de Internet donde el Contratante podrá consultar las presentes condiciones generales, así como los datos de contacto para la atención de siniestros y los datos de contacto de la Unidad Especializada Atención a Clientes.

Al realizar la contratación de este seguro por Medios electrónicos, el Contratante y/o Asegurado 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 y/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 de la Póliza, 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, Internet o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la celebración de esta Póliza. 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. Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de Operaciones a través de Medios Electrónicos" cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica axakeralty.mx

Alta de Asegurados

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 de que se trate.

En el caso de hijos recién nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando su aviso de alta se haga dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su nacimiento; los cónyuges de los Asegurados que contraigan matrimonio durante la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando su aviso de alta se haga dentro de los treinta días siguientes a la fecha del mismo.

En todos los casos anteriores y una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado se cobrará la prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el vencimiento del seguro en curso.

Las Altas de los Asegurados serán registradas en la Relación de Asegurados y se expedirá la carátula de Póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma.

Baja de Asegurados

Causarán baja de esta póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, quedando sin validez alguna el Certificado Familiar expedido; para lo cual el Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el (los) nombre(s) de la(s) persona(s), así como la fecha(s) de su respectiva separación, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesaran desde ese momento.

En caso de baja de algún asegurado después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, se devolverá la prima no devengada correspondiente a dicho asegurado.

Las Bajas de los Asegurados serán registradas en la Relación de Asegurados y se expedirá la carátula de Póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma.

Esquema de Administración de la Colectividad

El Contrato de Seguro, de acuerdo con la solicitud del Contratante, podrá ser administrado de acuerdo con alguno de los siguientes esquemas:

a) Normal o Detallada: En este esquema se permitirán los movimientos de altas y bajas de los Asegurados de acuerdo con la cláusula de Altas de Asegurados y Bajas de Asegurados y dichos movimientos generarán cobro o devolución de primas al momento del reporte por parte del Contratante.

b) Autoadministrado: En este esquema los movimientos efectuados durante la vigencia de la póliza por altas y bajas de los Asegurados o cualquier otro movimiento que modifique la prima, no generarán cobro o devolución de primas intervigencia ya que estos serán aplicados y conciliados al final de la vigencia de la misma.

La Prima de Ajuste Anual por Movimientos se calculará en proporción, para el caso de altas desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la póliza en curso y para el caso de bajas desde la fecha del alta hasta la fecha de baja en la póliza.

Al final de la vigencia se generará el recibo de prima o nota de crédito que corresponda por el total de movimientos generados durante la vigencia de la póliza.

En caso de resultar un saldo deudor a su cargo, el Contratante reconoce el adeudo y se obliga a pagar el mismo a la Compañía en un plazo de 30 días naturales posteriores a la fecha de emisión del recibo de ajuste. **En el supuesto de que el Contratante no realice el pago en dicho plazo, la póliza subsecuente será cancelada.**

Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato de Seguro en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo Colectivo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del presente Contrato.

En cada Renovación la Prima que deberá pagarse, será la que resulte tomando en cuenta la inflación presentada en los servicios médicos y de acuerdo con las tarifas que la Compañía tenga vigentes a la fecha de dichas renovaciones, establecidas en la nota técnica que la Compañía tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este Contrato de Seguro será renovado por periodos iguales de 12(doce) meses, si dentro de los últimos 30(treinta) días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el Contratante o la Compañía no da aviso por escrito a la otra parte, de su voluntad de no renovarlo, al último medio elegido por el Contratante en su caso, para la entrega de 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.

No existe límite de edad para la renovación de este Contrato de Seguro.

Cancelación

Este contrato será cancelado si el Asegurado titular y/o Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza la Compañía devolverá el 60% de la prima no devengada de la vigencia de la póliza. La prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante y/o representante legal y/o Asegurado, en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato antes de concluir el plazo estipulado en la cláusula Periodo de Gracia, el Contratante estará obligado a cubrir el monto de prima correspondiente al periodo por el que se otorgó cobertura.

En caso de que el Contratante o Asegurado decida cancelar el contrato de seguro, la Compañía no podrá negar o retrasar el trámite de la cancelación sin que exista causa justificada o impedimento legal, en cuyo caso se considera cancelado el contrato de seguro a partir del día en que la Compañía reciba la petición de cancelación.

El contratante podrá solicitar la cancelación mediante la presentación de una solicitud por escrito a la Compañía, por el mismo medio por el cual se contrató el seguro o bien por cualquier medio acordado entre el Contratante y la Compañía; se verificará la autenticidad de la identidad de quien formule la petición de cancelación, mediante documento o medio acordado para tal fin. Posterior a ello, la Compañía proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio para cualquier aclaración o duda posterior.

Preexistencia

Este contrato de seguro otorga las coberturas descritas en el apartado III, aun cuando la atención o servicio médico correspondiente sea derivado de una Enfermedad o Padecimiento preexistente; para estos efectos se entenderá como padecimiento preexistente, aquel 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.

Rehabilitación

En caso de cancelación de la Póliza por falta de pago de prima, se podrá rehabilitar a solicitud del Contratante, previa autorización de la Compañía y pago de la prima correspondiente.

Prescripción

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

Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía deberán efectuarse en Moneda Nacional conforme a La Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del asegurado o representante de

este, declarar por escrito en el cuestionario elaborado por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en la Condiciones Generales convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Cuando se proponga un seguro por cuenta de un tercero, 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 estipulado en el artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante, la rescisión del Contrato de Seguro dentro de los 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Agravación del Riesgo

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

Derivado de lo anterior, el 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 o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Competencia

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado Titular podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo acudir a su elección, a cualquiera de las delegaciones de esta última, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien esta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE):
Teléfonos: (55) 5169 2746 (opción 1) en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 737 76 63 (opción 1). Dirección: Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, México, CDMX., C.P. 03200. Correo: axasoluciones@axa.com.mx o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/quejas

CONDUSEF:

Teléfonos: (55) 53 40 09 99 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080. Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, México, CDMX., C.P. 03100
Correo: asesoria@condusef.gob.mx o ingresa a la página www.condusef.gob.mx.

Edad

Para este contrato de seguro no existe un límite de edad para la renovación.

Pago por Reembolso

Este producto no cubre pago por reembolso al tener como objetivo primordial el prestar el servicio descrito en las coberturas correspondientes, sin embargo y de conformidad a lo establecido en la fracción 15.9.2 de la Circular Única de Seguros, la Compañía podrá reembolsar el costo por los servicios previstos en la Póliza derivado de una urgencia médica, solo en aquellos casos en los que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. Para estos efectos se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente con alguno de los Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de los prestadores de servicios, por la misma urgencia médica.

Para realizar el trámite de reembolso el Asegurado puede acudir de manera presencial al área de Atención a Clientes ubicada en cada Clínica AXA Keralty o por medio electrónico enviando la solicitud al correo hola@axakeralty.mx o axasoluciones@axa.com.mx. Una vez recibida la petición de reembolso, la Compañía enviará al Asegurado el formato de solicitud de reembolso, la cual deberá requisitar y enviar por la misma vía, adjuntando los siguientes documentos:

1. Copia de identificación oficial vigente (anverso y reverso).
2. Facturas de los servicios a reembolsar.
3. Informe Médico o Resumen Médico (formato libre).
4. Orden médica de estudios de laboratorio emitida por el médico consultado, en su caso.

La Compañía entregará el monto del reembolso que resulte procedente aplicando las condiciones de cobertura, vigencia, copagos y límite de responsabilidad bajo las cuales surtió efecto la cobertura del evento. El monto máximo del reembolso se establecerá de acuerdo con el catálogo de precios de la Clínica AXA Keralty correspondiente a los servicios cubiertos dentro del presente contrato, el cual estará disponible para su consulta en la página www.axakeralty.mx y en ningún caso excederá el Límite de Suma Contratada o Límite de Cobertura indicado en la Carátula de Póliza.

Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

> ***Artículo 71.-*** *"El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*
>
> *Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."*
>
> ***ARTÍCULO 276.-*** *"Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:*
>
> *I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Compañía 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 Compañía estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*
>
> *III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las*

fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía 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 Compañía, 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 Compañía, 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."

Derechos de los Asegurados

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo con las condiciones del plan tendrán los siguientes derechos:

1) Acceso expedito a los servicios.

2) Trato respetuoso y digno en todo momento.

3) Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.

4) Seguridad personal durante el proceso de la atención tanto al asegurado como a sus acompañantes y pertenencias.

5) Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

6) A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

7) Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.

8) No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

9) Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento.

10) A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.

Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante y este sea aceptado por la Compañía, este adquirirá los derechos y obligaciones que tenía el Contratante anterior.

En caso de no ser aceptado el cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad Asegurada dentro de los 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán el día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de Seguro de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese Contrato de Seguro.

Cambios en la Red de Prestadores de Servicio

La Compañía informará a los Asegurados conforme a la cláusula de Modificaciones y Notificaciones, los cambios que ocurran en la red de Prestadores de Servicio, dentro de los 15(quince) días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

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 la página de internet axa.mx o axakeralty.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 correo electrónico indicado al momento de la contratación.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de enero del 2022 con número de registro CNSF-H0705-0010-2022/ CONDUSEF-005160-01.

Derechos del asegurado

Conoce los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario.

Al contratar tu seguro puedes:

Solicitar al intermediario (agente, despacho, promotor, broker) que te ofrece el seguro, que se identifique contigo.

Conocer el importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro.

Recibir la información completa acerca de los términos, condiciones y exclusiones de tu seguro, las formas de conservar y dar término a la cobertura, y la vigencia de tu póliza.

Si te practicas un examen médico para la contratación de tu póliza, AXA no podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad o padecimiento relacionado al tipo de examen practicado.

En caso de siniestro:

Debes recibir los beneficios contratados en tu póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aún si no has pagado la prima durante este periodo. Sujeto a las condiciones generales.

En caso de retraso en el pago de la suma asegurada, podrás recibir una indemnización por mora, de acuerdo a la legislación vigente.

En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación sin costo ante AXA por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE). O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

En caso de que hayas presentado una reclamación ante la Condusef y no se sometan las partes al arbitraje, podrás solicitar a dicha comisión un dictamen técnico.

AI - 370 · ENRO 2018

Si tienes alguna queja

Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE):
Teléfono: 55 5169 2746 (opción 1) ó 800 737 7663 (opción 1)
Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.
En el horario de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas, viernes de 8:00 a 16:00 horas.
Escríbenos a **axasoluciones@axa.com.mx**, o ingresa a
axa.mx/web/servicios-axa/quejas

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de enero del 2022 con número de registro CNSF-H0705-0010-2022/ CONDUSEF-005160-01.

Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx