



Salud

El camino hacia tu bienestar
lo hacemos juntos

Planmed® NAC 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

Contenido	Página
I. DEFINICIONES	4
Asegurado	4
AXA Keralty	4
Carátula de Póliza	4
Certificado Familiar	4
Condiciones de cobertura	4
Colectividad Asegurada	4
Compañía	5
Contratante	5
Contrato de Seguro o Póliza	5
Copago	5
Familia Asegurada	5
Fecha de inicio de Vigencia	5
Fecha de término de Vigencia	5
Folleto Explicativo	5
Médico	5
Personal de Salud	6
Prestadores de Servicio	6
Relación de Asegurados	6
Solicitud de Seguro	6
Solicitud de Cambios	6
II. OBJETO DEL SEGURO	6
III. COBERTURAS BÁSICAS	7
1. Consultas de Medicina General	7
2. Consulta de Pediatría	7
3. Consulta de Ginecología	7
4. Consulta de Nutrición	7
5. Consulta de Psicología	7
6. Laboratorios básicos	7
IV. EXCLUSIONES GENERALES	7
V. CLÁUSULAS GENERALES	7
Periodo de Beneficio	7
Modificaciones y Notificaciones	8
Vigencia	8

ÍNDICE

Contenido	Página
Territorialidad	8
Periodo de Gracia	8
Prima	9
Forma de Pago	9
Revelación de Comisiones	9
Alta de Asegurados	9
Baja de Asegurados	10
Esquema de Administración de la Colectividad	10
Renovación	11
Cancelación	11
Preexistencia	11
Rehabilitación	12
Prescripción	12
Moneda	12
Omisiones o Inexactas Declaraciones	12
Extinción de Obligaciones	13
Agravación del Riesgo	13
Competencia	13
Edad	13
Pago por Reembolso	13
Interés Moratorio	14
Derechos de los Asegurados	14
Cambio de Contratante	15
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	15
Entrega de la Documentación Contractual	15
VI. Artículos citados en las Condiciones Generales	16

AXA Salud
PLANMED® NAC COLECTIVO
Condiciones Generales

I. DEFINICIONES

Asegurado

Persona incluida en el Certificado Familiar, sobre la que recaen los riesgos cubiertos por este Contrato de Seguro. El Asegurado que tenga relación contractual con el Contratante tendrá el carácter de Asegurado Titular.

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, prima pactada, forma de pago, fecha de inicio y fin de vigencia.

Certificado Familiar

Documento a través del cual la Compañía reconoce 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 Contrato de Seguro.

Condiciones de cobertura

Responsabilidad máxima de la Compañía para cada uno de los Asegurados por cada año póliza para cada una de las coberturas contratadas. Estas condiciones se indicarán en la Carátula de Póliza y/o Certificado Familiar para cada cobertura bajo los conceptos: cubierto, número de servicios o un monto.

Colectividad Asegurada

La integran las personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común lícito, que son definidos por el Contratante, inclusive la Familia Asegurada, y que, 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 de Seguro, misma que para efectos de éste, será la 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.

Copago

Cantidad o porcentaje establecido en la carátula de la póliza y/o certificado familiar que deberá pagar el Asegurado por un servicio específico que reciba. El copago puede estar determinado como una cantidad fija o un porcentaje del costo del servicio utilizado.

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 las personas que el Contratante haya definido siempre que tengan un vínculo o interés común lícito previo e independiente a la contratación del seguro.

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.

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

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 a Nutrición y Psicología.

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

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 a y los datos de los Asegurados que integran la Colectividad.

II. OBJETO DEL SEGURO

Este seguro tiene como objeto brindar servicios de salud y 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 designados por la Compañía, los cuales podrá consultar el Asegurado en el listado publicado en axa.mx o axakeralty.mx

III. COBERTURAS BÁSICAS

El Contratante puede elegir la combinación de coberturas entre las listadas a continuación.

Los límites de: número de eventos amparados, copagos o sumas aseguradas para cada una de ellas, son los que se especifican en la Carátula de Póliza y/o Certificado Familiar.

Están amparadas las consultas o videoconsultas, previamente programadas, las cuales son otorgadas por el Médico o Personal de Salud perteneciente a los Prestadores de Servicio, para evaluar el estado de salud del Asegurado y realizar las acciones preventivas y/o correctivas correspondientes.

1. Consulta de Medicina General

2. Consulta de Pediatría

3. Consulta de Ginecología

4. Consulta de Nutrición

5. Consulta de Psicología.

6. Laboratorios básicos.

Quedan cubiertos los estudios de laboratorio clínico mencionados en el catálogo de procedimientos disponible en el portal axa.mx o axakeralty.mx

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 Coberturas.

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 los 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 siguientes situaciones:

- a) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes o
- b) Al concluir el término de setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

Modificaciones y Notificaciones

El Contrato de Seguro sólo 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 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 el medio electrónico indicado por la Compañía, o 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 éste 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

Sólo 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.

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. Para el alta del cónyuge o concubina o concubinario (o) o pareja del mismo sexo (conforme a la definición de Familia Asegurada) del Asegurado, deberá presentarse el aviso de alta correspondiente y quedarán cubiertos a partir de la fecha establecida en el certificado familiar.

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 de la Póliza 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 de la Póliza 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 en alguno de los siguientes esquemas:

- a) **Normal o Detallada:** 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:** Los movimientos 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 Póliza.

La prima de ajuste anual por movimientos se calculará en proporción, para altas desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la Póliza y para 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

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 dan 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.

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

En cada renovación la prima a pagar será la que conforme a la cláusula Prima.

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 de Seguro será cancelado si el Asegurado titular y/o Contratante no paga la prima dentro del plazo señalado en la cláusula Periodo de Gracia.

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. La prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante 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 de Seguro antes de concluir el Periodo de Gracia, 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 la Póliza o, bien por cualquier medio acordado entre el Contratante y la Compañía. La Compañía proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio y posterior a la comprobación de la autenticidad de la identidad de quien formule la petición, realizara la devolución de la prima.

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 efec-

tos 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.

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 desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo:

En caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones, en cuyo caso el plazo inicia 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.

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.

Omissiones 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.

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.

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.

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.

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.

La presente cláusula solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad.

Extinción de Obligaciones

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro.

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.

El Contratante y el Asegurado deberán comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso de la Póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si omiten 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 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.

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: 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: 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 de Seguro, el cual estará disponible para su consulta en la página www.axakeralty.mx y en ningún caso excederá el Límite de cobertura indicado en la Carátula de Póliza o Certificado Familiar.

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.

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 en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la notificación 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 de la Póliza, a través del medio elegido por el Contratante al momento de la

contratación. Si el último día para la entrega de la documentación es inhábil, la misma se entregará al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en 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.

VI. Artículos citados en las Condiciones Generales

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y 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

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

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

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

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 esta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c) La obligación principal.“

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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”.

Ley Monetaria

Artículo 8: *“La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en esta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.*

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

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.”

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 17: *“Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.*

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado 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. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 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.”

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 2 de octubre del 2023 con número de registro CNSF-H0705-0060-2023/ CONDUSEF-006151-01.

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 · ENERO 2018

Si tienes alguna queja

Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE):

Teléfono: 5169 2746 (opción 1) ó 01 800 737 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 28 de abril del 2022 con número de registro CGEN-H0705-0001-2022/ CONDUSEF-G-01396-001.



Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx