



Salud

Atención médica a un clic de distancia

Planmed[®] Virtual

axakeralty.mx

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 |
| Asegurado titular | 4 |
| AXA Keralty | 4 |
| Carátula de póliza | 4 |
| Compañía | 4 |
| Contratante | 4 |
| Contrato de seguro o póliza | 4 |
| Emergencia médica | 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 |
| Prestadores de servicio | 6 |
| Solicitud de seguro | 6 |

II. OBJETO DEL SEGURO 6

III. COBERTURAS 6

| | |
|--|---|
| 1. Consultas de atención primaria | 6 |
| 2. Orientación médica a distancia | 7 |
| 3. Atención médica domiciliaria | 7 |
| 4. Servicio de ambulancia | 7 |
| 5. Laboratorios básicos de riesgo cardiovascular y glucosa | 8 |

IV. EXCLUSIONES GENERALES 8

ÍNDICE

CONTENIDO

Página

V. CLÁUSULAS GENERALES 9

| | |
|---|----|
| Periodo de beneficio | 9 |
| Modificaciones y notificaciones | 9 |
| Vigencia | 9 |
| Territorialidad | 10 |
| Periodo de gracia | 10 |
| Prima | 10 |
| Forma de pago | 10 |
| Revelación de comisiones | 10 |
| Contratación del seguro por medios electrónicos (vía telefónica e Internet) o por persona moral distinta de agente de seguros | 10 |
| Renovación | 12 |
| Cancelación o bajas | 12 |
| Preexistencia | 13 |
| Rehabilitación | 13 |
| Prescripción | 13 |
| Moneda | 14 |
| Omisiones o inexactas declaraciones | 14 |
| Agravación del riesgo | 14 |
| Competencia | 14 |
| Edad | 15 |
| Pago por reembolso | 15 |
| Interés moratorio | 16 |
| Derechos de los asegurados | 18 |
| Cambios en la red de prestadores de servicio | 19 |
| Entrega de la documentación contractual | 19 |

AXA Salud
PLANMED® VIRTUAL INDIVIDUAL
Condiciones Generales

I. DEFINICIONES

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

Asegurado

Persona incluida en la Carátula de Póliza, sobre la que recaen los riesgos cubiertos por este Contrato de Seguro.

Asegurado titular

Persona física mayor de edad que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud 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 Asegurado y la Compañía: las coberturas, límite de cobertura, prima pactada, forma de pago, fecha de inicio y fin de vigencia.

Compañía

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

Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía para sí o para terceras personas y que se obliga a efectuar el pago de las primas.

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.

Emergencia médica

Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado que ponen en peligro la vida, la viabilidad de alguno de sus órganos o la función vital del Asegurado.

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 concubino(a), hijos, padres, hermanos, abuelos y nietos del Asegurado Titular, e hijos del cónyuge o concubino(a) del Asegurado Titular, que cubran los requisitos de asegurabilidad de la Compañía y cuyos nombres se indiquen en la Carátula de Póliza.

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.

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.

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.

Prestadores de servicio

Conjunto de Instituciones (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.) y profesionales médicos con los que la Compañía ha celebrado convenios para brindar servicios de salud, cuidado y atención médica al Asegurado, detallados en el catálogo contenido en el Folleto Explicativo.

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.

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 designados por la Compañía, los cuales podrá consultar el Asegurado en el listado publicado en axa.mx o axakeralty.mx

III. COBERTURAS

1. Consultas de atención primaria

LA SIGUIENTE COBERTURA ESTARÁ AMPARADA SOLO SI SE ESPECIFICA EN CARÁTULA DE PÓLIZA.

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 cubiertos previa autorización de la Compañía, los honorarios por consultas o videoconsultas programadas, otorgadas por las especialidades médicas mencionadas en la Carátula de Póliza, para evaluar el estado de salud que presente el Asegurado y así indicarle las acciones preventivas y/o correctivas a seguir.

Los procedimientos médicos y medicamentos que se deriven de las consultas o videoconsultas correrán por cuenta del Asegurado.

2. Orientación médica a distancia.

LA SIGUIENTE COBERTURA ESTARÁ AMPARADA SOLO SI SE ESPECIFICA EN CARÁTULA DE PÓLIZA.

Esta cobertura será proporcionada 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 médica 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. Atención médica domiciliaria

LA SIGUIENTE COBERTURA ESTARÁ AMPARADA SOLO SI SE ESPECIFICA EN CARÁTULA DE PÓLIZA.

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

Queda cubierta la atención médica brindada en el domicilio del Asegurado siempre y cuando el equipo de orientación médica a distancia lo haya indicado por considerarlo medicamente necesario.

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.

Los medicamentos que en su caso prescriba el médico que realiza la consulta médica a domicilio, correrán por cuenta del Asegurado.

4. Servicio de ambulancia

LA SIGUIENTE COBERTURA ESTARÁ AMPARADA SOLO SI SE ESPECIFICA EN CARÁTULA DE PÓLIZA.

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

Queda cubierto el traslado en ambulancia terrestre siempre y cuando el equipo de orientación médica a distancia o el Prestador de Servicio designado por la Compañía lo haya indicado por considerarlo medicamente necesario.

El traslado inicia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el hospital donde éste indique o al domicilio del mismo

Este servicio estará limitado a 2(dos) eventos gratuitos durante la vigencia de la Póliza, a partir del tercer evento, el Asegurado pagará un costo preferencial, mismo que se le indicará al momento de solicitar el traslado y el cual deberá pagar al Prestador de Servicio, al momento que finalice el mismo.

El evento cubre el traslado y los insumos necesarios y disponibles para la atención médica que se utilicen durante el mismo, en caso de situaciones médicas en los que la vida, una función vital o un órgano del asegurado se encuentren en peligro conforme a la indicación del médico que lo atienda. Se cubre el traslado desde el punto de partida hasta el primer destino que el asegurado indique.

No estará cubierto el médico a bordo para los pacientes Asegurados que lo requieran, ni el tiempo de espera de la ambulancia en los casos en que el Asegurado no sea atendido inmediatamente al llegar al sitio destino.

5. Laboratorios básicos de riesgo cardiovascular y glucosa

LA SIGUIENTE COBERTURA ESTARÁ AMPARADA SOLO SI SE ESPECIFICA EN CARÁTULA DE PÓLIZA.

Esta cobertura será brindada por el Prestador de Servicio designado por la Compañía, y se ajustará a los límites establecidos en la Carátula de Póliza.

Quedan cubiertos previa autorización de la Compañía, los estudios de laboratorio clínico de perfil de lípidos y glucosa.

No se cubrirán estudios de laboratorio diferentes a los mencionados en esta cobertura

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.**
- **Servicios otorgados por los Prestadores de Servicio médico distintos a los designados por la Compañía.**

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 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 que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

La vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la Carátula de Póliza.

Territorialidad

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

Periodo de gracia

Plazo máximo que tiene el Contratante para pagar la prima correspondiente, el cual será de 10(diez) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o del inicio de vigencia del recibo correspondiente al periodo facturado.

Prima

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a la cobertura contratada, de acuerdo con la edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia.

En cada renovación la prima se actualizará de acuerdo con 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.

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 podrán efectuarse mediante pago en línea por transferencia bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. 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 del seguro 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 agentes 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 autenticación 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 autenticación, 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 autenticación 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 éste; 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 axa.mx o en axakeralty.mx

Renovación

Este Contrato de Seguro no otorga renovación obligatoria, sin embargo, 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.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía para efectos de eliminación o reducción de periodos de espera; la renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Compañía informará al contratante los valores por Asegurado de la prima, copago y límite de cobertura que aplicarán en cada renovación con al menos 20(veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza.

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

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

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

Cancelación o Bajas

La vigencia del Contrato de Seguro concluirá en la fecha de terminación indicada en la Carátula de Póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cancelación mediante solicitud firmada por el Contratante y enviada al correo ventas@axakeralty.mx. La Compañía devolverá el 60% de la prima no devengada a la fecha de solicitud. No se aceptarán solicitudes de cancelaciones retroactivas.
- b) Por falta del pago de la prima pactada una vez transcurrido el plazo indicado en la cláusula de Prima de las presentes Condiciones generales.
- c) En caso de baja de la Póliza de uno o más Asegurados, la vigencia del Contrato concluirá solo para estos. La Compañía devolverá el 60% de la prima no devengada a la fecha de solicitud. No se aceptarán solicitudes de baja retroactivas.

La devolución de prima no devengada para los casos mencionados anteriormente donde aplique, la Compañía realizará dicha devolución en un plazo que no excederá de 15(diez) días hábiles contados a partir de que el solicitante entregue a la Compañía los siguientes documentos:

- Solicitud del contratante por el mismo medio de contratación, donde proporcionará su copia de identificación oficial.
- Comprobante de cuenta CLABE* a nombre del contratante.

*La Compañía en cumplimiento al Estándar de Seguridad de Datos para la Industria de Tarjeta de Pago (Payment Card Industry Data Security Standard) no maneja datos de tarjetas bancarias, por lo tanto, las devoluciones solo se realizarán a una cuenta CLABE.

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, previo pago al adeudo total 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

El Contratante o Asegurado Titular están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las Condiciones generales convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante y al Asegurado Titular, 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 Centro de Atención Médica o por medio electrónico donde deberá enviar su petición de reembolso al correo hola@axakeralty.com 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 o resumen médicos (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 del Centro de Atención Médica correspondiente a los servicios cubiertos dentro del presente contrato, el cual estará disponible para su consulta en la página 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 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 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 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.”

Derechos de los asegurados

Los Asegurados que requieran algún Servicio Médico de acuerdo con las condiciones del plan contratado 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.

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 desee consultar sus Condiciones generales, podrá descargarlas en la página de internet axa.mx o en 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 26 de agosto del 2021, con el número CNSF-H0705-0006-2021/CONDUSEF-005008-01.

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: 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 26 de agosto del 2021, con el número CNSF-H0705-0006-2021/CONDUSEF-005008-01.



Llámanos sin costo
55 5169 3080
axakeralty.mx