



Salud

El camino hacia tu bienestar
lo hacemos juntos

Planmed® Óptimo 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
Catálogo de procedimientos	4
Certificado Familiar	4
Colectividad Asegurada	4
Compañía	4
Condiciones de cobertura	5
Consulta/Videoconsulta	5
Contratante	5
Contrato de Seguro/Póliza	5
Copago	5
Emergencia Médica	5
Familia Asegurada	5
Fecha de afiliación	6
Medicamento	6
Médico	6
Prestadores de Servicio	6
Referencia	6
II. OBJETO DEL SEGURO	6
III. COBERTURAS BÁSICAS	7
1. Consultas de Atención Primaria	7
2. Consultas de Atención de Especialidad	7
3. Consultas de Apoyo	7
4. Estudios de Laboratorio	7
5. Terapias Físicas	8
6. Orientación Médica a Distancia	8
7. Atención Médica Domiciliaria	8
8. Ambulancia	8
9. Cuidado Dental	8
10. Orientación Psicológica	9
IV. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA	9

ÍNDICE

Contenido	Página
V. EXCLUSIONES GENERALES	9
VI. CLÁUSULAS GENERALES	10
Vigencia y Territorialidad	10
Entrega de la Documentación Contractual	10
Periodo de Beneficio	11
Prima y Periodo de Gracia	11
Formas de Pago	11
Cancelación	12
Rehabilitación	12
Renovación	13
Revelación de Comisiones	13
Modificaciones y Notificaciones	13
Esquema de Administración de la Colectividad	14
Alta y baja de Asegurados	14
Cambio de Contratante	15
Derechos de los Asegurados	15
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	16
Participación del Asegurado en una Reclamación	16
Indemnización	16
Interés Moratorio	17
Prescripción	19
Extinción de Obligaciones	19
Competencia y medios alternos resolución de controversias	19
Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	19
Configuración del Alcance del Seguro	21
VII. Artículos citados en las Condiciones Generales	21
VIII. ANEXOS	21

AXA Salud
PLANMED® ÓPTIMO 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. Es Asegurado Titular la persona que tiene relación contractual con el Contratante y pertenece a la Colectividad Asegurada.

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 esta Póliza y Keralty está a cargo de la prestación de servicios médicos.

Catálogo de procedimientos

Documento que incluye la descripción de los tipos de Consultas de atención primaria, especialidad y apoyo; estudios de laboratorio; terapias físicas y otros beneficios cubiertos de acuerdo al plan contratado. Este documento estará en constante mantenimiento y está disponible para su consulta de forma general en axa.mx y en el portal de clientes en axakeralty.mx/mi portal

Certificado Familiar

Documento a través del cual la Compañía reconoce a las personas que tienen la calidad de Asegurado, ahí constan las coberturas contratadas, condiciones de cobertura, fecha de inicio y fin de vigencia.

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, inclusive a la Familia Asegurada, y que sus nombres aparecen en la relación de asegurados; la cual podrá ser modificada como resultado de las altas y/o bajas de los Asegurados en la Póliza.

Para ser considerada una Colectividad Asegurada, se debe cumplir con un mínimo de 5 Asegurados Titulares.

Compañía

Se refiere a AXA Salud S.A de C.V.

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.

Consulta/Videoconsulta

Atención que brindan al Asegurado, el Médico o personal de salud perteneciente a los Prestadores de Servicio, con el propósito de valorar, preservar, recuperar o restablecer el estado de salud del Asegurado.

Cuando la atención se realice vía remota y no presencial, utilizando las tecnologías de la información, es una Videoconsulta.

Contratante

Persona física o moral que interviene en la celebración del Contrato y será la responsable del pago de la prima.

Contrato de Seguro/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.

En la Carátula constan los derechos y obligaciones del Contratante, Asegurado y la Compañía; coberturas, límites de cobertura, copagos, prima pactada, forma de pago, fecha de inicio y fin de vigencia.

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 no es reembolsable.

Emergencia Médica

Toda condición médica-quirúrgica, que ponga en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función vital del Asegurado y requiere atención inmediata.

Familia Asegurada

Se considera como Familia Asegurada al cónyuge o concubinario o concubina 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 a la celebración del contrato de seguro.

Fecha de afiliación

Fecha en la que el Asegurado ingresa a la Colectividad y a partir de la cual tiene derecho a los beneficios de este Contrato de Seguro.

Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Debe contar con registro vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

Médico

Profesional de la medicina, legalmente autorizado en México para el ejercicio de su profesión mediante cédula profesional y, en su caso, estar certificado por la especialidad de que se trate. Puede ser de atención primaria o de especialidad.

Prestadores de Servicio

Conjunto de instituciones (hospitales, clínicas, laboratorios, etc), Médicos y personal de salud que incluye aquellos profesionistas diferentes a los Médicos pero que cuentan con cédula profesional, con los que la Compañía ha celebrado convenios para brindar servicios de salud, cuidado y atención médica al Asegurado.

Los Prestadores de Servicio se detallan en el Catálogo de Procedimientos de acuerdo con las coberturas contratadas y está disponible en axa.mx o ingresando al portal de clientes en axakeralty.mx

Referencia

Solicitud de evaluación diagnóstica o terapéutica de un Asegurado (referido), realizada por un Prestador de Servicio (referente) dirigida a otro Prestador de Servicio (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 resolutoria (receptora). La referencia indicará la cantidad de servicios solicitados a los que el Asegurado puede acceder con el Médico o institución receptora.

II. OBJETO DEL SEGURO

Este Contrato de Seguro tiene como objeto principal brindar atención médica con enfoque preventivo, así como restaurar la salud a través de los servicios médicos descritos en las coberturas amparadas y mediante la realización de las siguientes acciones:

- Promoción a la salud y estilos de vida saludables.
- Detección temprana de enfermedades crónicas.

Los servicios médicos serán brindados a través de los Prestadores de Servicio que los Asegurados podrán consultar en el listado publicado en axa.mx o ingresando al portal de clientes dentro de axakeralty.mx., sujeto a que la Póliza se encuentre vigente para ese Asegurado al momento de requerir el servicio.

Este Contrato de Seguro cubre exclusivamente los riesgos indicados en la descripción de cada una de las coberturas contratadas.

III. COBERTURAS BÁSICAS

LAS COBERTURAS A QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO, DE ENTRE LAS LISTADAS A CONTINUACIÓN; ASÍ COMO LOS LÍMITES DE: NÚMERO DE EVENTOS AMPARADOS, CO-PAGOS O SUMAS ASEGURADAS PARA CADA UNA DE ELLAS, SON LOS QUE SE ESPECIFICAN EN LAS CONDICIONES DE COBERTURA DE SU CERTIFICADO FAMILIAR. EL DETALLE DEL ALCANCE DE LOS SERVICIOS AMPARADOS EN CADA COBERTURA SE INDICA EN EL CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS.

1. Consultas de Atención Primaria

Quedan cubiertas las Consultas / Videoconsultas que, previamente programadas, sean otorgadas por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía.

No están cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico dentro del consultorio, salvo los que estén indicados en el Catálogo de procedimientos.

2. Consultas de Atención de Especialidad

Quedan cubiertas las Consultas / Videoconsultas que sean otorgadas por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía, que cuenten con previa Referencia.

No están cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico de Atención de Especialidad dentro del consultorio, salvo los que estén indicados en el Catálogo de procedimientos.

3. Consultas de Apoyo

Quedan cubiertas las consultas / Videoconsultas con el personal de salud perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía.

4. Estudios de Laboratorio

Quedan cubiertos los estudios de laboratorio clínico e imagenología que sean necesarios para diagnosticar, tratar y dar seguimiento al estado de salud del Asegurado, cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- Previa referencia y autorización de la Compañía.
- Sean prescritos por los Médicos pertenecientes a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía.
- Y que tengan relación con el diagnóstico o tratamiento prescrito.

5. Terapias Físicas

Quedan cubiertas previa Referencia de un Prestador de Servicio designado por la Compañía, las terapias físicas orientadas a la recuperación, mejora o curación de trastornos físicos relacionados con el sistema neuro-osteo-muscular del Asegurado, que así lo requieran a cargo de los terapeutas que forman parte de los Prestadores de Servicio.

Si medicamente el Asegurado requiere de más sesiones, éste deberá regresar con el Médico tratante para recibir valoración y, en caso de una prescripción nueva, podrán otorgarse sin costo para el Asegurado y hasta el límite contratado.

6. Orientación Médica a Distancia

El siguiente 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 para la orientación que requiera por parte del equipo médico a través de una llamada telefónica; 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.

7. Atención Médica Domiciliaria

Queda cubierta la atención médica brindada en el domicilio del Asegurado siempre y cuando el Prestador de Servicio de la Compañía lo haya indicado por considerarlo medicamente necesario.

8. Ambulancia

Queda cubierto el traslado en ambulancia terrestre, así como los insumos necesarios y disponibles para la atención médica que se utilicen durante el mismo, siempre y cuando sea asignado por el Prestador de Servicio de la Compañía y este lo haya indicado por considerarlo medicamente necesario.

El traslado inicia del domicilio o ubicación del Asegurado hasta el hospital donde éste indique; **dicho traslado no podrá exceder de 80 kilómetros.**

En caso de rebasar el tope, el excedente y los siguientes servicios correrán a cargo del Asegurado a 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.

No está cubierto el médico a bordo para los 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.

9. Cuidado Dental

Quedan cubiertos los servicios dentales proporcionados por el Prestador de Servicio designado por la Compañía.

10. Orientación Psicológica

El siguiente 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 de psicólogos a través de una llamada telefónica; o bien, por los medios que al efecto ponga a disposición la Compañía.

El equipo psicológico brindará la orientación, contención y el apoyo personal para el manejo de crisis y apoyo emocional inmediato con el objetivo de contribuir con el bienestar emocional del Asegurado.

IV. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA

ESTOS BENEFICIOS ESTARÁN CUBIERTOS SOLO SI SE ESPECIFICAN EN LA CARÁTULA DE PÓLIZA Y/O CERTIFICADO FAMILIAR, SUJETO A LAS CONDICIONES DE COBERTURA. EL DETALLE DE LOS SERVICIOS AMPARADOS EN CADA BENEFICIO SE INDICA EN EL CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS.

- a) El Asegurado tendrá acceso a la realización de un *check up* anual (actividades médicas para la tamización de pacientes para enfermedades prevalentes), con el objeto de prevenir tempranamente la aparición de enfermedades y/o dar seguimiento a su estado de salud para posteriormente poder evaluar y direccionar, en caso de ser necesario a los servicios de este beneficio amparados en la cobertura Estudios de Laboratorio.
- b) En caso de que el Asegurado requiera atención que no pueda esperar a ser programada y no se trate de una Emergencia Médica conforme a la definición de éstas condiciones generales, podrá acudir a una valoración médica con los Prestadores de Servicio sin necesidad de agendar previamente, y bajo los horarios y disponibilidad que estos indiquen. Estas consultas prioritarias solo estarán cubiertas cuando el Asegurado presente síntomas como: dolor fuerte de cabeza, vértigo, dificultad leve para respirar, vómito, diarrea, alergias dermatológicas, heridas, quemaduras o cortaduras leves o fracturas no expuestas, dentro de las primeras 24 horas siguientes a su ocurrencia.

V. EXCLUSIONES GENERALES

Está póliza NO CUBRE los servicios de atención médica que el Asegurado reciba por estudios, procedimientos médicos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por los conceptos señalados a continuación:

- **Cualquier servicio que no se encuentre expresamente cubierto en el apartado de Coberturas, no haya sido autorizado por la Compañía.**

- **Servicios de atención médica prestados fuera del territorio mexicano.**
- **Aquellos servicios de atención médica prestados antes del inicio de vigencia de la póliza o después de concluida la vigencia de la misma.**
- **Servicio de ambulancia para pacientes que se encuentren bajo la influencia de sustancias tóxicas o bebidas alcohólicas cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- **Atención médica derivada de actos delictivos cometidos por el Asegurado, ni aquéllas derivadas de riñas.**
- **Por Emergencias Médicas de acuerdo con la definición establecida en el apartado de Definiciones, salvo lo previsto en la cláusula “Pago por Reembolso”.**
- **Servicios otorgados por los Prestadores de Servicio médico distintos a los designados por la Compañía, salvo aquellos servicios otorgados en términos de la cláusula general “Pago por Reembolso”.**
- **Servicios referidos por prestadores de servicio médicos distintos a los designados por la Compañía, salvo aquellos servicios otorgados en términos de la cláusula general “Pago por Reembolso”.**
- **El excedente de los 80 km y los siguientes servicios conforme a los establecido en la cobertura 8. Ambulancia.**
- **Cualquier Medicamento prescrito por un Médico.**

VI. CLÁUSULAS GENERALES

Vigencia y Territorialidad

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

Solo estarán protegidas bajo este Contrato de Seguro las personas que radiquen permanentemente y los riesgos amparados en las coberturas ocurran y se materialicen dentro del territorio nacional mexicano.

El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de los integrantes de la Familia Asegurada incluidos en la Póliza cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

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 Contrato de 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 oaxakeralty.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.

Periodo de Beneficio

La Compañía estará obligada a cumplir con la prestación de servicios descritos en este Contrato de Seguro 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.

Prima y Periodo de Gracia

Es la contraprestación económica a cargo del Contratante y a favor de la Compañía.

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 (CNSF).

El Contratante goza de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o del recibo correspondiente en caso de pago en parcialidades, para pagar la prima 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, Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, dentro del término estipulado en esta cláusula, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo.

Formas de Pago

El Contratante y la Compañía pueden pactar que la prima sea pagada en una o varias exhibiciones, pagos fraccionados. En todos los casos, la prima vence al inicio de cada periodo o fracción.

Los pagos de prima podrán efectuarse mediante cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de débito. Servirán como recibo de pago el estado de cuenta o el comprobante del banco emisor. También podrá efectuarse el pago en línea, por transferencia o cargo a tarjeta bancaria, según los convenios celebrados por la Compañía con las instituciones bancarias.

En caso de que el pago de la prima sea realizado por un prestador de servicios de persona moral distinta del agente de seguros, el pago se entenderá efectuado en el momento en que se realice al prestador de servicios.

El Contratante deberá obtener y conservar el comprobante del pago para futuras referencias y aclaraciones.

Cancelación

Este Contrato de Seguro será cancelado si el Asegurado Titular y/o Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en la cláusula Prima y 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 en curso. La prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante o su representante legal en un plazo no mayor a 30 días hábiles 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 Prima y Periodo de Gracia, el Contratante estará obligado a cubrir el monto de prima correspondiente al periodo por el que se otorgó cobertura.

La Compañía no podrá negar o retrasar el trámite de la cancelación a solicitud del Contratante 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 deberá solicitar la cancelación mediante la solicitud escrita en las oficinas de 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, mediante documento o medio acordado para tal fin. La Compañía proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio para cualquier aclaración o duda posterior.

Rehabilitación

Cuando este Contrato de Seguro se cancele por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, sujeto a:

1. El Contratante deberá solicitar por escrito la rehabilitación dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término señalado en la cláusula Primas y Periodo de Gracia.
2. La solicitud de rehabilitación no obliga a la Compañía a aceptarla. Será evaluada como oferta de un nuevo seguro.

La Compañía puede rehabilitar la Póliza respetando la vigencia originalmente pactada. Los términos de la rehabilitación, en caso de ser aceptada la solicitud, se harán constar en el endoso que emita la Compañía.

El Contratante deberá pagar la prima, donde el costo de rehabilitación es la prima por el periodo al descubierto.

En ningún caso, la Compañía cubrirá siniestros ocurridos durante el periodo sin cobertura.

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 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 CNSF, incluyendo sexo y edad alcanzada.

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.

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.

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 medios electrónicos, en un plazo que no excederá 10(diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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 Caratula de Póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma. Las modificaciones que se hicieran al Contrato de Seguro deberán estar registradas de manera previa ante la CNSF. 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, 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.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza.

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

Esquema de Administración de la Colectividad

A solicitud del Contratante, este Contrato de Seguro podrá ser administrado en alguno de los siguientes esquemas, según se especifica en la Carátula de Póliza:

- a) Normal o Detallada: Se permitirán movimientos de altas y bajas de 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 a la Compañía por el Contratante.
- b) Autoadministrado: Los movimientos de altas y bajas de Asegurados durante la vigencia de la Póliza y cualquier otro movimiento que modifique la prima, no generarán cobro o devolución de primas intervigencia; 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 altas, desde la fecha del alta hasta el fin de vigencia la Póliza. Para el caso de bajas, a partir de la fecha del alta y 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.

Alta y baja 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.

Los 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, concubina o concubinario (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.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado se cobrará la prima correspondiente calculada en proporción.

Las Altas de los Asegurados serán inscritas a través de la expedición de la Caratula de Póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma.

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, quedando sin validez alguna el Certificado Familiar expedido. 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 neta no devengada correspondiente a dicho Asegurado, conforme al plazo establecido en la cláusula de Cancelación.

Las altas y bajas de Asegurados serán registradas a través de la expedición de la caratula de Póliza actualizada con el número de versión correspondiente incluido en la misma.

Cambio de Contratante

Cuando exista cambio de Contratante y éste 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, lo que comunicará al Contratante dentro de los 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En caso de rescisión, sus obligaciones terminarán el día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de Seguro.

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, conforme al plazo establecido en la cláusula de Cancelación.

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 atiende, 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) 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(quinze) días hábiles siguientes a que sucedan los mismos.

Participación del Asegurado en una Reclamación

A consecuencia de un servicio otorgado, el Asegurado cubrirá el Copago de acuerdo con el plan contratado, el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y Certificado Familiar, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes condiciones generales y el Catálogo de procedimientos.

Indemnización

Exclusivamente para la cobertura 12. Medicamentos, del apartado III. Coberturas básicas, el Asegurado deberá presentarse con los Prestadores de Servicios designados por la Compañía con la receta médica para ser cubiertos, en un lapso no mayor a 30 (treinta) días naturales de la entrega de esta.

En caso de que la Compañía no cuente con un Prestador de Servicio en convenio aplicará lo siguiente.

La Compañía podrá reembolsar el costo de los Medicamentos o por los servicios previstos en la Póliza derivado de:

- a) 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.

b) Cuando el Prestador de Servicio en convenio no cuente con los Medicamentos.

Para realizar el trámite de reembolso el Asegurado puede acudir de manera presencial al área de Atención a Clientes de las Clínicas 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, el 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 o receta médica 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 correspondiente a los servicios cubiertos dentro del presente contrato, el cual estará disponible para su consulta en la página axa.mx o ingresando al portal de clientes dentro de axakeralty.mx, y en ningún caso excederá las condiciones de cobertura indicadas 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 haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, estará obligada a pagar al Asegurado una indemnización en los siguientes términos:

- 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;
- 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.

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.

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.

Competencia y medios alternos resolución de controversias

En caso de desacuerdo del Contratante, Asegurado o cualquier interesado respecto de las determinaciones de la Compañía, podrán acudir ante cualquier de las siguientes instancias:

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

Félix Cuevas 366, Piso 3, Col. Tlacoquemécatl, Alc. Benito Juárez, 03200

Teléfonos: Desde cualquier lugar de la República Mexicana: 800 737 76 63 (opción 1), en la Ciudad de México: 55 5169 2746 (opción 1).

Lunes a jueves de 8:00 a 17:30 h y viernes de 8:00 a 16:00 h o escribanos a axasoluciones@axa.com.mx

b) Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En el territorio nacional: 800 999 8080. En la CDMX: (55) 53 40 0999.

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Alc. Benito Juárez, 03100.

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

c) Mediación y arbitraje. Instancias independientes e imparciales. La Compañía cubrirá el costo de la mediación. Si no se logra un acuerdo allí, es posible resolver el conflicto mediante un arbitraje voluntario.

Los acuerdos alcanzados vía mediación o arbitraje obligan a las partes a su estricto cumplimiento.

Para solicitar la mediación, comuníquese a la UNE.

El Contratante, Asegurado o interesado pueden acudir de manera gratuita a las instancias señaladas, y evitar un juicio o, directamente a los tribunales de su elección.

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

La Compañía y el Contratante convienen en utilizar los medios electrónicos (vía telefónica e internet) o la prestación de servicios de personas morales distintas de agente de seguros para la contratación del presente seguro, conforme a lo siguiente.

- 1) El Contratante obtendrá del interlocutor o la página de internet la información general del Seguro, incluyendo el nombre comercial del producto, datos de identificación y operación, así como sus características esenciales.

- 2) El Contratante obtendrá una cotización del producto y para la contratación deberá:
Vía telefónica, responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en contratar, proporcionar los datos de autenticación del solicitante e información necesaria para la celebración del Contrato de Seguro.

Internet, ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica para la celebración del Contrato de Seguro.

En todos los casos deberá proporcionar los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la prima y su dirección de correo electrónico.

Para la identificación y autenticación, el Contratante y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autenticación antes mencionados 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, su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.
- 4) La Compañía 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; adicionalmente le proporcionará los datos de contacto para la atención de siniestros y los datos de contacto de la UNE.

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

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante 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/politicas-de-uso.

Configuración del Alcance del Seguro

Las coberturas amparadas por el presente seguro serán aquellas que se indiquen expresamente en la Carátula de la Póliza correspondiente. El detalle de los servicios comprendidos en cada cobertura se describe en el Catálogo de Procedimientos, el cual es de aplicación general al producto y forma parte integrante del Contrato de Seguro.

VII. 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.

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

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

El Catálogo de Procedimientos cubiertos es parte integral del presente Contrato de Seguro, en la versión vigente al momento de la contratación. El acceso al mismo es a través del hipervínculo individualizado que se muestra a continuación, <https://image.email-axakeralty.mx/lib/fe3a117171640478711472/m/1/4063ba0c-8ef0-4e85-ab46-a704fed81c0c.pdf> y también estará disponible en el portal de clientes en axakeralty.mx. Las actualizaciones al catálogo serán publicadas en dicho portal y aplicarán exclusivamente para procedimientos futuros, sin afectar los derechos adquiridos por el asegurado.

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 15 de abril del 2026, con el número CNSF-H0705-0001-2026/CONDUSEF-007079-02.

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 15 de abril del 2026, con el número CNSF-H0705-0001-2026/CONDUSEF-007079-02.



Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx