Salud

El camino hacia tu bienestar

lo hacemos juntos

Planmed® Híbrido

Condiciones Generales

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

ÍNDICE

Condiciones Generales

Contenido	Página
I. DEFINICIONES	**4**
Asegurado	4
Asegurado titular	4
AXA Keralty	4
Carátula de Póliza	4
Consulta	4
Contratante	4
Contrato de Seguro	4
Copago	5
Enfermedad o padecimiento	5
Familia Asegurada	5
Fecha de Inicio de Vigencia	5
Fecha de Término de Vigencia	5
Límite de cobertura	5
Médico	5
Médico de Atención Primaria	5
Personal de Salud de Atención de Especialidad	6
Prestadores de Servicio	6
Solicitud de Seguro	6
II. OBJETO DEL SEGURO	**6**
III. COBERTURA BÁSICA	**6**
1. Consultas de Atención Primaria	6
2. Orientación Médica a Distancia	7
3. Consultas de Apoyo	7
IV. EXCLUSIONES GENERALES	**7**
V. CLÁUSULAS GENERALES	**8**
Periodo de Beneficio	8
Modificaciones y Notificaciones	8
Límite Máximo de responsabilidad de la Compañía	8
Vigencia	8
Territorialidad	9

ÍNDICE

Condiciones Generales

Contenido	Página
Periodo de Gracia	9
Prima	9
Forma de Pago	9
Revelación de Comisiones	9
Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	10
Renovación	11
Cancelación o Bajas	12
Rehabilitación	12
Preexistencia	12
Prescripción	13
Moneda	13
Omisiones o Inexactas Declaraciones	13
Agravación del Riesgo	13
Competencia	14
Edad	14
Participación del Asegurado en una Reclamación	14
Pago por Reembolso	14
Interés Moratorio	15
Derechos de los Asegurados	15
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	16
Entrega de la Documentación Contractual	16
VII. Artículos citados en las Condiciones Generales	**16**

AXA Salud
PLANMED® Híbrido Individual
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.

Asegurado Titular

Es la persona mayor de edad 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 este contrato de seguro y Keralty está a cargo de la prestación de servicios médicos.

Carátula de Póliza

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

Consulta

Atención que brinda al Asegurado el Médico o Personal de Salud de Atención de Especialidad, con el propósito de valorar y preservar el estado de salud del Asegurado.

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

La Carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, el Folleto Explicativo y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo, constituyen testimonio del Contrato de Seguro entre el Contratante y la Compañía.

Copago

Cantidad o porcentaje establecida en la Carátula de Póliza que deberá pagar el Asegurado por cada Servicio Médico cubierto por el presente Contrato de Seguro. El Copago estará determinado como un porcentaje del costo del servicio utilizado.

El copago no es reembolsable.

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) (incluyendo parejas del mismo sexo), hijos, padres, hermanos, abuelos y/o nietos del Asegurado Titular e hijos del cónyuge o concubino(a) del Asegurado 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.

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.

Médico de Atención Primaria

Médico que forma parte de los Prestadores de Servicio designados por la Compañía y que es responsable

del cuidado y atención médica del Asegurado. Como Médico de Atención Primaria se consideran los que se encuentran mencionados en el catálogo de procedimientos disponibles en el portal axa.mx o axakeralty.mx

Personal de Salud de Atención de Especialidad

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

Prestadores de Servicio

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

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

III. COBERTURA BÁSICA

1. Consultas de Atención Primaria

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

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

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

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

2. Orientación Médica a Distancia

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

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

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

3. Consultas de Apoyo

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

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

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

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

IV. EXCLUSIONES GENERALES

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

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

V. CLÁUSULAS GENERALES

Periodo de Beneficio

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

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

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

Modificaciones y Notificaciones

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

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

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

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

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

Límite Máximo de responsabilidad de la Compañía

El máximo de responsabilidad de la Compañía es equivalente a los servicios ocurridos dentro de la vigencia de la póliza y solicitados hasta la fecha de fin de vigencia de este contrato.

Vigencia

Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la Carátula de Póliza, el cual no podrá ser mayor a un año e iniciará posterior a la fecha de emisión de la Póliza.

Territorialidad

No estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen fuera del territorio 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 las coberturas contratadas, de acuerdo con la 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.

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

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier cantidad a favor del Asegurado.

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 cargo automático a cuenta de cheques, tarjeta de crédito o 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; el contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

En caso del pago de la prima por conducto de un prestador de servicios de persona moral distinta del agente de seguros, dicho pago se entenderá efectuado en el momento en que se realice al prestador de servicios; el contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos en un plazo que no excederá 10(diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Compañía y el Contratante convienen en utilizar para la contratación del presente seguro los Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o la prestación de servicios de Personas Morales Distintas de Agente de Seguros, que cuentan con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado, conforme a lo siguiente.

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

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

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

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

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

   Para la identificación y autentificación, el Contratante y/o Asegurado y la Compañía convienen en utilizar los medios proporcionados y relativos a la plataforma de pago o transferencia de la institución bancaria designada por el Contratante como medio de pago de la prima. El uso de los medios de autentificación antes mencionados son responsabilidad exclusiva del Contratante y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

3) La Compañía hará saber al Contratante y/o Asegurado de manera fehaciente y a través del mismo medio, su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la Compañía proporcionará al Contratante y/o Asegurado el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.

4) La Compañía realizará una pregunta precisa sobre la intención del Contratante y/o Asegurado de renovar en forma automática la Póliza.

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

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

La Compañía no se hace responsable por información errónea o incompleta proporcionada por el Contratante y/o Asegurado. Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia de la Póliza, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La Compañía, garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el Contratante, a través de la llamada telefónica, Internet o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la celebración de esta Póliza. Asimismo, la Compañía manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del Contratante a la institución bancaria que maneje la tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques proporcionada por el Contratante para el pago de la prima.

Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de Operaciones a través de Medios Electrónicos cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica axakeralty.mx o axa.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 20(veinte) 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 tomando en cuenta la inflación presentada en los servicios médicos y de acuerdo con las tarifas que la Compañía tenga vigentes a la fecha de dichas renovaciones, establecidas en la nota técnica que la Compañía tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

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 cancelación 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 y 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 (quince) 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.

Rehabilitación

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

Preexistencia

Este contrato de seguro otorga las coberturas descritas en el apartado III. Coberturas de estas condiciones generales, 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.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley, que establece lo siguiente: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización”.

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 Asegurado, 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 Asegurado 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, de acuerdo con lo establecido en los artículos 52, 53 fracción I, 54, 55, 60 y 70 sobre la Ley del Contrato del Seguro.

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.

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/o certificado individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Generales.

Pago por Reembolso

Este producto no cubre pago por reembolso al tener como objetivo primordial el prestar el servicio descrito en las coberturas correspondientes, sin embargo y de conformidad a lo establecido en la fracción 15.9.2 de la Circular Única de Seguros, la Compañía podrá reembolsar el costo por los servicios previstos en la Póliza derivado de una urgencia médica, solo en aquellos casos en los que se acredite saturación, falta de

disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. Para estos efectos se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente con alguno de los Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de los prestadores de servicios, por la misma urgencia médica.

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

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

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

Interés Moratorio

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

Derechos de los Asegurados

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

1) Acceso expedito a los servicios.

2) Trato respetuoso y digno en todo momento.

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

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

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

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

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

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

9) Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento.

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

Cambios en la Red de Prestadores de Servicio

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

Entrega de la Documentación Contractual

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

En caso de que el Contratante requiera un duplicado de su Póliza o deseé consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en la página de internet axa.mx o axakeralty.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la Documentación Contractual por correo electrónico indicado al momento de la contratación.

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.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas Artículo

Art. 276: Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;"

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

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

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

aunque esta no sea líquida en ese momento.Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.“

“En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo”

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 10: Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25: “Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones”.

Artículo 40: Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término,se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 52: "El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo."

Artículo 53: "Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro".

Artículo 54: Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

Artículo 69: La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70: "Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

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 81: “Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”.

Artículo 82: “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

Artículo 171: “Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión”.

Artículo 173: “Si en el momento de celebrar el Contrato de Seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del asegurado.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los beneficiarios de la Póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.”

Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financ ieros
Artículo 50 Bis: “Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.
La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional."

Artículo 65: "Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda."

Artículo 68: "La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberáresponder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechosconstitutivos de la reclamación."

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses,para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y"

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conformea la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno".

Artículo 70. “En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.”

Ley Monetaria

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

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

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

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago solo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.”

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 30 de marzo del 2022 con número de registro CNSF-H0705-0006-2022/ CONDUSEF-005156-02.

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 30 de marzo del 2022 con número de registro CNSF-H0705-0006-2022/ CONDUSEF-005156-02.

Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx