



Salud

El camino hacia tu bienestar
lo hacemos juntos

Planmed[®] Esencial



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

	Página
I. DEFINICIONES	4
Accidente	4
Asegurado	4
Asegurado Titular	4
AXA Keralty	4
Carátula de Póliza	4
Centro de Atención Médica	4
Compañía	4
Consulta	5
Contratante	5
Contrato de Seguro	5
Copago	5
Familia Asegurada	5
Emergencia Médica	5
Enfermedad o Padecimiento	5
Evento o Servicio Médico	5
Fecha de Inicio de Vigencia	5
Fecha de Término de Vigencia	5
Límite de Cobertura o Límite Máximo de Responsabilidad Médico	6
Médico de Atención Primaria	6
Médico Tratante	6
Personal de Salud de Atención Primaria	6
Personal Médico	6
Prestadores de Servicio	6
Procedimiento Médico	6
Programas de Detección, Control y Seguimiento	6
Solicitud de Seguro	6
II. OBJETO DEL SEGURO	7
III. COBERTURAS	7
1. <i>Check up</i> Inicial	7
2. Consultas de Atención Primaria	7
3. Atención Inmediata	7
4. Orientación Médica a Distancia, Domiciliaria y Ambulancia.	8
IV. EXCLUSIONES GENERALES	9
V. CLÁUSULAS GENERALES	10
Periodo de Beneficio	10
Modificaciones y Notificaciones	10

Índice

	Página
Límite Máximo de responsabilidad de la Compañía	10
Vigencia	10
Territorialidad	10
Periodo de Gracia	10
Prima	11
Forma de Pago	11
Revelación de Comisiones	11
Contratación del Seguro por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	11
Renovación	13
Cancelación o Bajas	13
Rehabilitación	14
Preexistencia	14
Prescripción	14
Moneda	14
Omisiones o Inexactas Declaraciones	14
Agravación del Riesgo	15
Competencia	15
Edad	15
Participación del Asegurado en una Reclamación	15
Pago por reembolso	15
Interés Moratorio	16
Derechos de los Asegurados	18
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	19
Entrega de la Documentación Contractual	19
<hr/>	
VI. ANEXOS	19
<hr/>	
ANEXO 1	19

I. DEFINICIONES

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

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerará accidente las lesiones corporales o muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado

Persona incluida en la Carátula de Póliza, sobre la que recaen los riesgos cubiertos por este Contrato de Seguro, con derechos a los beneficios del mismo.

Asegurado Titular

Persona física Asegurada mayor de edad que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud del Seguro.

AXA Keralty

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

Carátula de Póliza

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

Centro de Atención Médica

Establecimiento legalmente autorizado para la atención médica en donde se otorgan consultas con Médicos de Atención Primaria y servicios médicos orientados a la detección oportuna de enfermedades y promoción de la salud. Los horarios de atención del Centro de Atención Médica estarán publicados para su consulta en la página axakeralty.mx

Compañía

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

Consulta

Relación Médico-Asegurado o Personal de Salud de Atención Primaria-Asegurado, con el propósito de valorar y preservar el estado de salud del Asegurado.

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. En caso de ser persona física el Contratante además podrá tener el carácter de Asegurado Titular.

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 previamente 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.

Familia Asegurada

Se considera como Familia Asegurada al cónyuge o concubino(a), 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.

Emergencia Médica

Toda condición médica-quirúrgica aguda, que ponga en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función vital del asegurado.

Enfermedad o Padecimiento

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

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

Evento o Servicio Médico

Momento en que se brinda al Asegurado la atención médica por parte de los Prestadores de Servicio para el cuidado o restablecimiento de su salud. La duración del evento será desde el momento en que el Asegurado ingrese a la atención, incluirá la estancia continua en el mismo y finalizará con el egreso de éste.

Fecha de Inicio de Vigencia

Fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor, la cual se señala en la Carátula de Póliza.

Fecha de Término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección del Contrato de Seguro, la cual se señala en la Carátula de Póliza.

Límite de Cobertura o Límite Máximo de Responsabilidad

Responsabilidad máxima de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada año póliza, por los beneficios contratados. Este límite 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 considera a: Médico General, Ginecólogo y Pediatra.

Médico Tratante

Médico responsable de la atención médica del Asegurado en un Evento o Servicio Médico determinado.

Personal de Salud de Atención Primaria

Son los enfermeros(as) que forman parte de los Prestadores de Servicio designados por la Compañía.

Personal Médico

Son los Médicos de Atención Primaria y Médicos de Atención de Especialidad que forman parte de los Prestadores de Servicio designados por la Compañía.

Prestadores de Servicio

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

Procedimiento Médico

Tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para realizar el mismo.

Programas de Detección, Control y Seguimiento

Conjunto de servicios médicos y/o procedimientos médicos orientados a la detección, control y seguimiento de enfermedades prevalentes en la población asegurada. Dichos programas están basados en las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica, en línea con la legislación nacional vigente y serán continuamente sometidos a procesos de mejora continua.

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, así como Programas de Detección, Control y Seguimiento. La realización de dichos programas será a través de los servicios descritos y de conformidad a las coberturas especificadas en las presentes Condiciones Generales, y tendrán el objetivo principal de preservar la salud de los Asegurados.

Dichos servicios serán brindados a través de los Prestadores de Servicio, y podrá consultarlos el Asegurado en el listado publicado en axa.mx o axakeralty.mx.

III. COBERTURAS

1. *Check up* Inicial

Mediante esta cobertura queda amparada, una vez al año durante la vigencia de la Póliza, una revisión para la detección temprana de alteraciones de salud conforme a lo siguiente:

- a) Para Asegurados mayores de edad comprende estudios de laboratorio clínico y una consulta de estadificación de riesgo con Médico General.
- b) Para Asegurados menores de edad comprende una consulta de valoración con Pediatra.
- c) Para mayores de 64 años comprende una consulta de valoración con Médico General.

Con el objeto de mantener una oferta de salud óptima, la descripción detallada de los servicios médicos cubiertos por edad y género estará en constante mantenimiento, disponible para su consulta en axa.mx o axakeralty.mx.

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. Consultas de Atención Primaria

Queda cubierta la atención médica previamente programada conforme a lo establecido en el folleto explicativo, que otorgan los Médicos de Atención Primaria, para evaluar el estado de salud del Asegurado y poder realizar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias correspondientes.

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.

3. Atención Inmediata

Esta cobertura será brindada por el Prestador de Servicio designado por la Compañía.

Queda cubierta la atención médica prioritaria no programada que el Asegurado solicita directamente al Prestador de Servicio, a consecuencia de un evento súbito, como puede ser de manera enunciativa mas no limitativa, un dolor fuerte de cabeza, estómago, muscular, garganta u oídos, mareo, vértigo, dificultad respiratoria leve, heridas o quemaduras leves, ardor o sangrado en la orina, vómito, diarrea o fiebre, alergias, dermatológicas, esguinces o fracturas no expuestas. La atención estará a cargo del Personal Médico o

Personal de Salud de Atención Primaria, conforme a la evaluación inicial que se realice de acuerdo con las condiciones de salud que el Asegurado presente.

Para aquellos casos que requieran de una atención oportuna por estar en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función vital del Asegurado, y dentro de las instalaciones del Prestador de Servicio no se pueda atender dicha situación médica del Asegurado, el Prestador de Servicio gestionará el traslado en ambulancia al centro médico que el Asegurado indique, en este caso los efectos de esta cobertura cesarán al momento en que el Asegurado salga de las instalaciones del Prestador de Servicio y se activará el Servicio de Ambulancia previsto en la cobertura 4. Orientación Médica a Distancia, Domiciliaria y Ambulancia bajo los términos y condiciones que se establecen en dicha cobertura. Para los casos en que dentro de las instalaciones del Prestador de Servicio se pueda atender dicha situación médica, cesarán los efectos de esta cobertura y los gastos erogados de la atención correrán a cuenta del Asegurado.

Quedan cubiertos los Servicios Médicos, estudios y valoraciones, que el Personal Médico o Personal de Salud de Atención Primaria determine para el diagnóstico y/o contener el evento presentado, siempre que los servicios mencionados estén detallados en el catálogo de servicios cubiertos para esta cobertura y estén disponibles con el Prestador de Servicio designado por la Compañía.

Con el objeto de mantener una oferta de salud óptima, la descripción detallada de los servicios y estudios médicos cubiertos estará en constante mantenimiento, disponible para su consulta en axa.mx o axakeralty.mx.

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.

4. Orientación Médica a Distancia, Domiciliaria y Ambulancia.

Los siguientes servicios serán proporcionados por el Prestador de Servicio designado por la Compañía las 24(veinticuatro) horas los 365(trescientos sesenta y cinco) días del año.

a) Orientación Médica a Distancia: 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. Asimismo, si se considera médicamente necesario, le brindará la asistencia para:

- Que el Asegurado acuda con el **Prestador de Servicio** más cercano
- Coordinar una **Atención Médica Domiciliaria**.
- Coordinar el **Servicio de Ambulancia** terrestre en caso de urgencia.

b) Atención Médica Domiciliaria: Queda cubierta la atención médica brindada en el domicilio del Asegurado siempre y cuando el equipo de orientación médica a distancia lo haya indicado por considerarlo médicamente necesario.

Los medicamentos que en su caso prescriba el Médico que realiza la Atención Médica Domiciliaria, correrán por cuenta 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.

c) **Servicio de Ambulancia:** Queda cubierto el traslado en ambulancia terrestre siempre y cuando el equipo de Orientación Médica a Distancia o el Prestador de Servicio lo haya indicado por considerarlo medicamente necesario. El traslado inicia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el hospital donde éste indique o al domicilio del mismo.

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

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

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

IV. EXCLUSIONES GENERALES

No se cubrirán los servicios médicos, estudios, procedimientos médicos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, en cualquiera de los siguientes casos:

- **Que la Compañía no haya dado la autorización correspondiente de manera previa a la prestación del servicio.**
- **Los otorgados fuera del territorio mexicano.**
- **Los otorgados antes de la Fecha de Inicio de Vigencia.**
- **Los que no estén especificados en las coberturas mencionadas y catálogos publicados en axakeralty.mx de acuerdo con el plan contratado.**
- **Por Accidentes o Enfermedades derivadas del consumo de alcohol o drogas, sin importar el grado o concentración de las mismas.**
- **Por Emergencias Médicas de acuerdo con la definición establecida en el apartado de Definiciones.**
- **Servicios otorgados por los Prestadores de Servicio médico distintos a los designados por la Compañía.**

V. CLÁUSULAS GENERALES

Periodo de Beneficio

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

- a) Al agotarse el Límite Máximo de Responsabilidad convenido por las partes, o
- b) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del Servicio Médico, el cual no podrá ser inferior a 2(dos) años contados a partir de la fecha en 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 caratula 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 éste 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

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

Territorialidad

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 de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Detalles de los Términos y Condiciones para la realización de Operaciones a través de Medios Electrónicos cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica axakeralty.mx

Renovación

Este Contrato de Seguro no otorga Renovación obligatoria, sin embargo, será renovado por periodos iguales de 12(doce) meses, si dentro de los últimos 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 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, no existirá rehabilitación para el presente Contrato de Seguro.

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.

Omissiones 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 y al Servicio Médico utilizado. Dicho Copago se especifica en la Carátula de Póliza, 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 Centro de Atención Médica 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 que resulte procedente aplicando las condiciones de cobertura, vigencia, copagos y límite de responsabilidad bajo las cuales surtió efecto la cobertura del evento. El monto máximo del reembolso se establecerá de acuerdo con el catálogo de precios del Centro de Atención Médica correspondiente a los servicios cubiertos dentro del presente contrato, el cual estará disponible para su consulta en axakeralty.mx y en ningún caso excederá el Límite de Suma Contratada o Límite de Cobertura indicado en la Carátula de Póliza.

Interés Moratorio

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

Artículo 71.- *“El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar*

-
- por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables; IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento; V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la

indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

Derechos de los Asegurados

Los Asegurados que requieran algún Servicio Médico de acuerdo con las condiciones del plan contratado tendrán los siguientes derechos:

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso y digno en todo momento.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de la atención tanto al Asegurado como a sus acompañantes y pertenencias.
5. Conocer la identidad y grado de preparación del Prestador del Servicio que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento.
10. A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.

Cambios en la Red de Prestadores de Servicio

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

Entrega de la Documentación Contractual

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

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

VI. Anexos

El siguiente catálogo de servicios es actualizado constantemente y dichas actualizaciones podrán consultarse en la página axakeralty.mx

Servicio	Descripción
Check up Inicial	Check up: Consulta de estadificación de riesgo (*de 18 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Anticuerpos anti VIH 1/2 (prueba presuntiva Ag/Acs.) (*de 18 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Colesterol de baja densidad (LDL) (*de 18 a 64 años y sólo por indicación médica)
Check up Inicial	Check up: Hemoglobina glucosilada (A1c) (*de 18 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Antígeno prostático específico total (PSA) (*aplica solo para hombres de 40 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Creatinina en suero (*de 18 a 64 años y sólo por indicación médica)
Check up Inicial	Check up: Examen general de orina (*de 18 a 64 años y sólo por indicación médica)
Check up Inicial	Check up: Perfil de lípidos (*de 18 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Papanicolau citología cervicovaginal (* aplica solo para mujeres de 21 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Glicemia en ayunas (*de 18 a 64 años y sólo por indicación médica)
Check up Inicial	Check up: Prueba para sífilis en suero no treponémica (VDRL) (*de 18 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Sangre oculta en material fecal, técnica inmunohistoquímica (*a partir de los 50 a 64 años)
Check up Inicial	Check up: Electrocardiograma de superficie, 12 derivaciones (* de 18 a 64 años y sólo por indicación médica)

Consultas de Atención Primaria	Consulta de primera vez por medicina general
Consultas de Atención Primaria	Consulta de control por medicina general
Consultas de Atención Primaria	Videoconsulta por medicina general
Consultas de Atención Primaria	Consulta de primera vez por ginecología
Consultas de Atención Primaria	Consulta de control por ginecología
Consultas de Atención Primaria	Consulta de primera vez por pediatría
Consultas de Atención Primaria	Consulta de control por pediatría
Consultas de Atención Primaria	Videoconsulta por pediatría
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de medicina general
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de pediatría
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de obstetricia
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de cirugía general
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de medicina interna
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de ortopedia y traumatología
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de otorrinolaringología
Atención Inmediata	Consulta prioritaria o no programada de urología
Atención Inmediata	Reanimación cardiopulmonar básica
Atención Inmediata	Inyección de sustancia terapéutica por vía intramuscular
Atención Inmediata	Inyección de sustancia terapéutica por vía intravenosa
Atención Inmediata	Curación simple de heridas
Atención Inmediata	Sutura simple de herida única o múltiple en área general (hasta 10 cms)
Atención Inmediata	Sutura simple de herida única o múltiple en área general (más de 10 cms)
Atención Inmediata	Retiro de sutura en área general
Atención Inmediata	Vendaje de tórax
Atención Inmediata	Vendaje de espalda baja
Atención Inmediata	Vendaje de hombro
Atención Inmediata	Vendaje de codo
Atención Inmediata	Vendaje de muñeca
Atención Inmediata	Vendaje de mano o dedo
Atención Inmediata	Vendaje de cadera
Atención Inmediata	Vendaje de rodilla
Atención Inmediata	Vendaje de tobillo
Atención Inmediata	Vendaje de dedos de los pies
Atención Inmediata	Vendaje bota de Unna
Atención Inmediata	Colocación de férula para el brazo (hombro a mano)
Atención Inmediata	Colocación de férula para el brazo (antebrazo a mano)
Atención Inmediata	Colocación de férula de dedo
Atención Inmediata	Colocación de férula para la pierna (muslo a pie)
Atención Inmediata	Colocación de férula para la pierna (pantorrilla a pie)

Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de cráneo sin operación quirúrgica
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor del húmero; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura del diáfisis del húmero; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin extensión intercondilar; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de subluxación de cabeza del radio en niños, "codo de niñera", con manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano (excluyendo el escafoide carpiano (navicular)); sin manipulación, cada hueso
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura metacarpiana, una sola; sin manipulación, cada hueso
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar, con manipulación, cada articulación; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación metacarpofalángica, una sola, con manipulación; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura coccígea
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocantérica, o subtrocantérica femoral; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura del trocánter mayor, sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis femoral, sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de separación epifisaria femoral distal; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura rotuliana, sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación de rodilla; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación rotuliana; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné); sin manipulación

Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura del maléolo medial; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura, falange o falanges, que no sea del dedo gordo; sin manipulación, cada una
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación metatarsfalángica; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica; sin anestesia
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura de costilla, no complicada, cada una
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura clavicular; sin manipulación
Atención Inmediata	Tratamiento cerrado de fractura escapular; sin manipulación
Atención Domiciliaria	Atención médica domiciliaria: prioridad de atención baja
Atención Domiciliaria	Atención médica domiciliaria: prioridad de atención moderada
Orientación Médica a Distancia	Orientación Médica Telefónica
Ambulancia	Traslado en ambulancia terrestre de emergencia para enfermedad respiratoria viral grave
Ambulancia	Traslado en ambulancia terrestre de emergencia dentro de cualquier ciudad de la república mexicana
Ambulancia	Traslado en ambulancia terrestre programado dentro de cualquier ciudad de la república mexicana

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 16 de junio del 2021 con el número CNSF-H0705-0042-2021/CONDUSEF-004935-01.

Derechos del asegurado

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

Al contratar tu seguro puedes:



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



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



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



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

En caso de siniestro:



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



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



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

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

AI - 370 · ENERO 2018

Si tienes alguna queja

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

Teléfono: 55 5169 2746 (opción 1) ó 800 737 7663 (opción 1)

Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, en la Ventanilla Integral de Atención de AXA.

En el horario de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas, viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx, o ingresa a

axa.mx/web/servicios-axa/quejas

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de junio del 2021 con el número CNSF-H0705-0042-2021/ CONDUSEF-004935-01.



Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx

XX
XX
XX • XX
XX