Salud

El camino hacia tu bienestar

lo hacemos juntos

Planmed® Intermedio

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
Catálogo de procedimientos	4
Clínica AXA Keralty	4
Compañía	4
Condiciones de cobertura	5
Consulta / Videoconsulta	5
Contratante	5
Contrato de Seguro / Póliza	5
Copago	5
Emergencia Médica	5
Enfermedad o padecimiento	5
Evento o Servicio Médico	6
Familia Asegurada	6
Folleto Explicativo	6
Médico	6
Prestadores de Servicio	6
Referencia	6
II. OBJETO DEL SEGURO	**7**
III. COBERTURAS BÁSICAS	**7**
1. Consultas de Atención Primaria	7
2. Consultas de Atención de Especialidad	7
3. Consultas de Apoyo	8
4. Estudios de laboratorio	8
5.Terapias físicas	8
6. Orientación Médica a Distancia	8
7. Atención Médica Domiciliaria	9
8. Ambulancia	9
IV. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA	**9**
V. EXCLUCIONES GENERALES	**10**

ÍNDICE

Condiciones Generales

Contenido	Página
VI. CLÁUSULAS GENERALES	**10**
Periodo de Beneficio	10
Modificaciones y Notificaciones	11
Vigencia	11
Territorialidad	11
Periodo de Gracia	12
Prima	12
Forma de Pago	12
Revelación de Comisiones	12
Contratación por Medios Electrónicos (vía telefónica e Internet) o por Persona Moral Distinta de Agente de Seguros	13
Renovación	14
Cancelación o Bajas	14
Rehabilitación	15
Preexistencia	15
Prescripción	15
Moneda	15
Omisiones o Inexactas Declaraciones	16
Agravación del Riesgo	16
Competencia	16
Edad	17
Participación del Asegurado en una Reclamación	17
Pago por Reembolso	17
Interés Moratorio	17
Derechos de los Asegurados	19
Cambios en la Red de Prestadores de Servicio	20
Entrega de la Documentación Contractual	20
Configuración del Alcance del Seguro	20
VII. Anexos	**21**

AXA Salud
PLANMED® INTERMEDIO
Condiciones Generales

I.DEFINICIONES

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

Asegurado

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

Asegurado Titular

Persona física 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 Contratante, 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.

Catálogo de procedimientos

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

Clínica AXA Keralty

Establecimiento legalmente autorizado para la atención médica en donde se otorgan los servicios médicos amparados en las coberturas contratadas. Los horarios de atención de la Clínica AXA Keralty estarán publicados para su consulta en las páginas de axa.mx y axakeralty.mx

Compañía

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

Condiciones de cobertura

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

Consulta / Videoconsulta

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

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

Contratante

Persona física o moral que 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/Póliza

Acuerdo de voluntades por virtud del cual la Compañía, se obliga mediante una Prima a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en la Póliza. La Carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, el Folleto Explicativo y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo, constituyen testimonio del Contrato de Seguro entre el Contratante y la Compañía.

Copago

Cantidad o porcentaje establecido en la Carátula de Póliza que deberá pagar el Asegurado por un servicio específico que reciba. El copago puede estar determinado como una cantidad fija o un porcentaje del costo del servicio utilizado.

El copago no es reembolsable.

Emergencia Médica

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

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.

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.

Folleto Explicativo

El documento que forma parte del Contrato de Seguro, en el que se describen las principales responsabilidades del Asegurado, conforme a lo que disponen las normas legales aplicables y las bases y políticas establecidas por la Compañía, respecto de su Contrato de Seguro, así como los trámites que el Asegurado puede y los que no puede realizar por conducto de la Compañía.

Médico

Profesional de la medicina, legalmente autorizado en México para el ejercicio de su profesión. Puede ser de atención primaria o de especialidad.

El Médico debe contar con cédula profesional y en su caso estar certificado por la especialidad de que se trate.

Prestadores de Servicio

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

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

Referencia

Solicitud de evaluación diagnóstica o terapéutica de un asegurado (referido), realizada por un médico (referente) y dirigida a otro médico (receptor) con la finalidad de asegurar la continuidad en el cuidado del asegurado. La referencia también puede ocurrir del Prestador de Servicio designado por la Compañía (referente) a una institución prestadora de servicios de salud con mayor capacidad resolutiva (receptora). La referencia indicará la cantidad de servicios solicitados a los que el usuario puede acceder con el médico receptor o en la institución receptora.

II. OBJETO DEL SEGURO

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

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

Los servicios médicos serán brindados a través de los Prestadores de Servicio que los Asegurados podrán consultar en el listado publicado en axa.mx o ingresando al portal de clientes dentro de axakeralty.mx.
Lo anterior, tendrá lugar siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de requerir el servicio.

III. COBERTURAS BÁSICAS

LAS COBERTURAS Y SERVICIOS A QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO, DE ENTRE LAS LISTADAS A CONTINUACIÓN; ASÍ COMO LOS LÍMITES DE: NÚMERO DE EVENTOS AMPARADOS, COPAGOS O SUMAS ASEGURADAS PARA CADA UNA DE ELLAS, SON LOS QUE SE ESPECIFICAN EN LA CARÁTULA DE PÓLIZA.

1. Consultas de Atención Primaria

Quedan cubiertas las Consultas/Videoconsultas indicadas en la Carátula de Póliza, que previamente programadas, sean otorgadas por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía, para evaluar el estado de salud del Asegurado y realizar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias para atender y/o detectar oportunamente sus enfermedades.

No están cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico dentro del consultorio.

Los servicios amparados bajo esta cobertura se indicarán en el Catálogo de Procedimientos.

2. Consultas de Atención de Especialidad

Quedan cubiertas las Consultas/ Videoconsultas indicadas en la Carátula de Póliza que sean otorgadas por un Médico perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía, y que cuenten con previa referencia.

No estarán cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico dentro del consultorio.

Los servicios amparados bajo esta cobertura se indicarán en el Catálogo de Procedimientos.

3. Consultas de Apoyo

Quedan cubiertas las Consultas / Videoconsultas indicadas en la Carátula de Póliza, con el personal de salud perteneciente a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía, que cuenten con previa referencia para evaluar el estado de salud del Asegurado y realizar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias correspondientes.

Los servicios amparados bajo esta cobertura se indicarán en el Catálogo de Procedimientos.

4. Estudios de laboratorio

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

- Previa referencia y autorización de la Compañía.
- Sean prescritos por los Médicos pertenecientes a los Prestadores de Servicio designados por la Compañía
- Y que tengan relación con el diagnóstico o tratamiento prescrito.
- Los servicios amparados bajo esta cobertura se indicarán en el Catálogo de Procedimientos.

5. Terapias Físicas

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

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

6. Orientación Médica a Distancia

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

El Asegurado podrá solicitar de manera directa para la orientación que requiera por parte del equipo médico a través de una llamada telefónica; o bien, por los medios que al efecto ponga a disposición la Compañía, mediante notificación al Contratante, conforme a la cláusula Modificaciones y Notificaciones. Durante la llamada el equipo médico brindará la orientación para contener los síntomas presentados, sin emitir diagnóstico, tratamiento, ni prescripción de medicamentos.

7. Atención Médica Domiciliaria

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

Los medicamentos que en su caso prescriba el Médico que realiza la Consulta correrán por cuenta del Asegurado.

8. Ambulancia

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

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

En caso de rebasar el tope, el excedente y los siguientes servicios correrán a cargo del Asegurado a un costo preferencial, mismo que se le indicará al momento de solicitar el traslado y el cual deberá pagar al Prestador de Servicio, al momento que finalice el mismo.

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

IV. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA

ESTOS BENEFICIOS ESTARÁN CUBIERTOS SOLO SI SE ESPECIFICAN EN LA CARÁTULA DE PÓLIZA, SUJETO A LAS CONDICIONES DE COBERTURA

a) El Asegurado tendrá acceso a la realización de un *check up* anual (actividades médicas para la tamización de pacientes para enfermedades prevalentes), con el objeto de prevenir tempranamente la aparición de enfermedades y/o dar seguimiento a su estado de salud para posteriormente poder evaluar y direccionar, en caso de ser necesario a los servicios de este beneficio amparados en la cobertura Estudios de Laboratorio.

b)En caso de que el Asegurado requiera atención que no pueda esperar a ser programada y no se trate de una Emergencia Médica conforme a la definición de éstas condiciones generales; como puede ser un dolor fuerte de cabeza, estómago, muscular, de 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; el Asegurado podrá acudir a la Clínica AXA Keralty donde se le realizará una evaluación por parte del Personal de Salud para direccionarlo a los servicios amparados en esta cobertura con el prestador de servicios designado por la Compañía.

Los beneficios amparados se detallan en el Catálogo de Procedimientos.

V. EXCLUSIONES GENERALES

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

- **Cualquier servicio que no se encuentre expresamente cubierto en el apartado de Coberturas, no haya sido autorizado por la Compañía.**
- **Servicios de atención médica prestados fuera del territorio mexicano.**
- **Aquellos servicios de atención médica prestados antes del inicio de vigencia de la póliza o después de concluida la vigencia de la misma.**
- **Servicio de ambulancia para pacientes que se encuentren bajo la influencia de sustancias tóxicas o bebidas alcohólicas cualquiera que sea el grado de intoxicación.**
- **Atención médica derivada de actos delictivos cometidos por el Asegurado, ni aquéllas derivadas de riñas.**
- **Por Emergencias Médicas de acuerdo con la definición establecida en el apartado de Definiciones, salvo lo previsto en la cláusula "Pago por Reembolso".**
- **Servicios otorgados por los Prestadores de Servicio médico distintos a los designados por la Compañía, salvo aquellos servicios otorgados en términos de la cláusula general "Pago por Reembolso".**
- **Servicios referidos por prestadores de servicio médicos distintos a los designados por la Compañía, salvo aquellos servicios otorgados en términos de la cláusula general "Pago por Reembolso".**
- **El excedente de los 80 km y los siguientes servicios conforme a los establecido en la cobertura 8. Ambulancia.**

VI. 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 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.

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

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

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 informará al Contratante y/o Asegurado que el 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.

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/políticas-de-uso.

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 HYPERLINK “mail-to:hola@axakeralty.mx”hola@axakeralty.mx 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. No se aceptarán solicitudes de baja retroactivas.

La Compañía devolverá el 60% de la prima no devengada a la fecha de solicitud siempre y cuando no se hayan afectado alguna de las coberturas amparadas en la carátula de la póliza por parte del Asegurado, en caso contrario no se devolverá prima.

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 contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen

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 convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

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

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.

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.

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 https://inconformidades.axa.com.mx/ComplaintClient.aspx

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 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 correspondiente a los servicios cubiertos dentro del presente contrato, el cual estará disponible para su consulta en axa.mx o ingresando al portal de clientes dentro de axakeralty.mx, y en ningún caso excederá las Condiciones de Cobertura indicadas en la Carátula de Póliza.

Interés Moratorio

En el caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya

recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación 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 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 deseé consultar sus Condiciones Generales, podrá descargarlas en la página de internet axa.mx o en axakeralty.mx; o bien, deberá llamar al número telefónico indicado en la Carátula de Póliza, en cuyo caso, la Compañía podrá entregar la Documentación Contractual por correo electrónico indicado al momento de la contratación.

Configuración del Alcance del Seguro

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

VII. Anexos

Anexo 1

El Catálogo de Procedimientos cubiertos es parte integral del presente Contrato de Seguro, en la versión vigente al momento de la contratación. El acceso al mismo es a través del hipervínculo individualizado que se muestra a continuación, **https://image.email-axakeralty.mx/lib/fe3a117171640478711472/m/1/c07b68c6-e084-4312-bda9-c08b8529bd44.pdf** y también estará disponible en el portal de clientes axakeralty.mx. Las actualizaciones al catálogo serán publicadas en dicho portal y aplicarán exclusivamente para procedimientos futuros, sin afectar los derechos adquiridos por el asegurado.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de julio del 2026, con el número CNSF-H0705-0002-2026/CONDUSEF-007080-03.

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 14 de julio del 2026, con el número CNSF-H0705-0002-2026/ CONDUSEF-007080-03.

Llámanos sin costo

55 5169 3080

axakeralty.mx