

Milenium Life

Condiciones Generales

reinventando / los seguros



Milenium Life

Condiciones Generales

Condiciones Generales

Milenium Life

	PÁG.		PÁG.
I. Objeto del Seguro.....	5	V. Beneficios Incluidos.....	9
II. Leyes Aplicables.....	5	1. Anticipo por Fallecimiento.....	9
III. Definiciones.....	5	2. Anticipo por Enfermedades Terminales... 10	
1. Asegurado.....	5	VI. Coberturas Adicionales.....	13
2. Beneficiario.....	5	1. Coberturas Adicionales por Invalidez	
3. Beneficiario por Fallecimiento.....	5	Total y Permanente.....	13
4. Cargo de Adquisición.....	5	a) Definición de Invalidez Total y	
5. Compañía.....	5	Permanente.....	13
6. Contratante.....	5	b) Opciones de Coberturas Adicionales	
7. Costo del Seguro.....	6	por Invalidez Total y Permanente.....	13
8. Enfermedad Preexistente.....	6	c) Edades de Aceptación.....	14
9. Estado de Cuenta.....	6	d) Exclusiones.....	14
10. Extraprima.....	6	e) Cancelación.....	14
11. Fondo Básico.....	6	2. Coberturas Adicionales por Accidente.....	15
12. Fondo Excedente.....	6	a) Definiciones.....	15
13. Periodo de Espera.....	6	b) Muerte Accidental (DI).....	15
14. Póliza o Contrato de Seguro.....	6	c) Muerte Accidental y/o Pérdidas	
15. Prima.....	6	Orgánicas (DIPO).....	15
16. Recargo Fijo.....	6	d) Muerte Accidental, Pérdidas	
17. Seguro Asegurado o Asegurado		Orgánicas y/o Muerte Accidental	
Mancomunado.....	7	Colectiva (DIPOC).....	15
18. Siniestro.....	7	e) Edades de Aceptación.....	16
19. Suma Asegurada.....	7	f) Exclusiones.....	16
20. Valor en Efectivo.....	7	g) Indemnización Máxima.....	17
IV. Descripción del Seguro.....	7	h) Cancelación.....	17
1. Cobertura Básica.....	7	3. Cobertura Adicional Por Enfermedad.....	17
2. Edades de Aceptación.....	7	a) Definiciones.....	17
3. Vigencia.....	7	b) Indemnización Adicional por	
4. Funcionamiento del Fondo Básico.....	7	Cáncer (IAC).....	17
5. Pago Automático de Primas.....	7	c) Edades de Aceptación.....	17
6. Continuación Automática.....	8	d) Exclusiones.....	18
7. Intereses.....	8	e) Cancelación.....	18
8. Rectificación del Valor en Efectivo		4. Cobertura Adicional por Gastos	
de la Póliza.....	8	Funerarios.....	18
9. Valor de Rescate.....	8	a) Descripción.....	18
10. Retiros Parciales.....	8	b) Edades de Aceptación.....	18
11. Incrementos Programados de la		c) Indemnización por Gastos Funerarios... 18	
Suma Asegurada.....	8	d) Cancelación.....	18
12. Incrementos No Programados de la			
Suma Asegurada.....	9		
13. Pruebas de Asegurabilidad.....	9		
14. Disminución de Suma Asegurada.....	9		

	PÁG.
VII. Cláusulas Generales.....	18
1. Designación de Beneficiarios.....	18
2. Pago de Primas.....	19
3. Moneda.....	19
4. Corrección del Contrato de Seguro.....	19
5. Indisputabilidad.....	20
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	20
7. Notificaciones.....	20
8. Cambio de Ocupación.....	20
9. Rehabilitación.....	20
10. Carencia de Restricciones.....	21
11. Suicidio.....	21
12. Comprobación del Siniestro.....	21
13. Verificación de la Edad.....	21
14. Pago del Seguro.....	22
15. Intereses Moratorios.....	22
16. Impuestos.....	22
17. Prescripción.....	22
18. Competencia.....	22
19. Envío de Estado de Cuenta.....	23
20. Terminación del Contrato de Seguro.....	23
21. Revelación de Comisiones.....	23
VIII. Artículos Citados.....	24
IX. Registro.....	26

AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.

MILENIUM LIFE

CONDICIONES GENERALES

I. Objeto del Seguro

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente se obliga a brindar al(los) Asegurado(s) incluido(s) en la carátula de póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en éste, a partir del momento en que la Compañía notifique al Contratante la aceptación de su solicitud.

II. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

III. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por:

1. Asegurado

La persona designada en el Contrato de Seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en la Póliza.

2. Beneficiario

Es la persona o personas designadas por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización). Encaso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, Indemnización Adicional por Cáncer o el Anticipo por Enfermedades Terminales, se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Beneficio por fallecimiento

Es la cantidad que la Compañía pagara al(los) Beneficiario(s) en caso de fallecimiento del Asegurado.

4. Cargo de Adquisición

Es el costo relacionado con la activación de la Póliza, el cual se aplica sobre las Primas por pagar y se cobra en forma diferida a lo largo del seguro.

5. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V.

6. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de la Prima, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Para efectos de este Contrato de Seguro, si el Contratante es persona física podrá ser Asegurado. En caso de que el Contratante sea Asegurado, esta circunstancia se hará constar en la carátula de la póliza.

En caso de que el Contratante sea persona moral no se otorgarán coberturas adicionales.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre el uso o la disposición del Valor en Efectivo.

La figura del Contratante podrá cambiar durante la vigencia de la Póliza, en cuyo caso de haber contratado las coberturas adicionales y solicitar su continuidad deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

7. Costo de Seguro

Se conforma por los cargos mensuales que se requieren para cubrir los costos de mortalidad y los costos de las coberturas adicionales elegidas por el Contratante, de acuerdo con la edad alcanzada del Asegurado a la fecha del último aniversario de la Póliza, más los gastos administrativos.

8. Enfermedad Preexistente

Lesión o enfermedad, cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este Contrato de Seguro que:

- a) Haya sido diagnosticada por un médico.
- b) Provoque un gasto.
- c) Sea conocida y no declarada por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

9. Estado de Cuenta

Es el informe periódico remitido al domicilio del Contratante en donde se le indican los movimientos registrados durante el periodo del reporte, así como el saldo del Valor en Efectivo.

10. Extraprima

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado

11. Fondo Básico

Se constituye por la Prima Básica menos el Cargo de Adquisición y el Costo de Seguro, sobre el remanente se acreditarán los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

12. Fondo Excedente

Se constituye por la Prima Excedente aportada por el Contratante de manera adicional a la Prima Básica y sobre la cual se acreditarán los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante es la única persona que podrá realizar retiros parciales o totales del Fondo Excedente solicitándolo por escrito a la Compañía.

13. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura por el Asegurado, o del

diagnóstico de la enfermedad cubierta o del dictamen médico emitido a un Asegurado y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

14. Póliza o Contrato de Seguro

Es el acuerdo celebrado entre la Compañía y el Contratante, que se compone por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, así como la carátula de la Póliza, las condiciones generales y los endosos.

15. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada alcanzada y la edad del Asegurado, al momento de calcular la Prima. Anualmente se cobrará como parte de la Prima Básica el Recargo Fijo que la Compañía determine.

Existen dos tipos de Primas: Prima Básica y Prima Excedente.

- a) Prima Básica. La cantidad que pagará el Contratante por la cobertura básica y por cada una de las coberturas adicionales contratadas, así como las Extraprimas que en su caso correspondan, más un Recargo Fijo anual.
- b) Prima Excedente. Es la cantidad que pagará el Contratante como aportación adicional a la Prima Básica que realice de manera voluntaria y con el objetivo de lograr un ahorro. Cualquier importe pagado en exceso una vez cubierta la Prima Básica se considerará Prima Excedente. En caso de que el Asegurado efectúe aportaciones adicionales, éstas permanecerán depositadas en el Fondo Excedente por un plazo mínimo de 30 (treinta) días naturales, transcurridos los cuales el Contratante podrá solicitar el retiro total o parcial, debiendo solicitarlo por escrito dirigido a la Compañía. Al término del Contrato de Seguro en caso de existir algún remanente en el Fondo Excedente, éste se le entregará en una sola exhibición al Contratante.

16. Recargo Fijo

Es un monto que se actualiza año con año y que se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la Póliza.

17. Segundo Asegurado o Asegurado

Mancomunado

Se considera como tal a la persona que aparece registrada como Solicitante Mancomunado en la solicitud del seguro, quien firma en la misma dando su consentimiento a la celebración del Contrato de Seguro.

18. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro, que da origen al pago de la indemnización.

19. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual el(los) Asegurado(s) estará(n) protegido(s) por cada una de las coberturas contratadas, incluyéndose incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Lo anterior se hará constar en la carátula de la póliza o en los endosos correspondientes.

20. Valor en Efectivo

Es la suma del Fondo Básico y el Fondo Excedente.

IV. Descripción del Seguro

1. Cobertura Básica

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y estando al corriente en el pago de la Prima Básica y/o aplicara lo dispuesto por el apartado Pago Automático de Prima y/o aplicara lo dispuesto por el apartado Continuación Automática, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará el Beneficio por Fallecimiento al(los) Beneficiario(s) en una sola exhibición o en dos (2) exhibiciones en caso de solicitar el anticipo por fallecimiento.

Si el Asegurado llegara con vida al término del plazo de seguro, la Póliza quedará cancelada y la Compañía pondrá a partir de ese momento a disposición del Contratante el remanente que exista en el Valor en Efectivo, terminando así toda obligación por parte de la Compañía.

El Contratante deberá elegir entre dos opciones de Beneficio por Fallecimiento al momento de la contratación del seguro:

a) Protección Sólo Suma Asegurada (SSA)

Si estando en vigor la Póliza el Asegurado llegara a fallecer, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Contrato de Seguro la Suma Asegurada alcanzada más el Fondo Excedente.

b) Protección Plus

Si estando en vigor la Póliza el Asegurado llegara a fallecer, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Contrato de Seguro la Suma Asegurada alcanzada más el Valor en Efectivo.

2. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación establecidas por la Compañía para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años.

3. Vigencia

La Póliza entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza y dejará de estarlo al término del plazo pactado por el Contratante y la Compañía que aparece en la carátula de la póliza. Al final de la vigencia cesarán los efectos de este Contrato de Seguro, entregándose al Contratante el Valor en Efectivo y quedando concluida toda responsabilidad que la Compañía tuviere con él.

La Póliza podrá darse por terminada anticipadamente sin obligación posterior para la Compañía con el pago de la Suma Asegurada de la cobertura básica, por rescate de la Póliza, o cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo de Seguro. En el último caso el Contratante contará con 30 (treinta) días naturales para cubrir el Costo de Seguro antes de la cancelación de su Póliza, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4. Funcionamiento del Fondo Básico

A la Prima pagada se le deducirá el Cargo de Adquisición correspondiente y con el remanente se constituirá el Fondo Básico.

Del Fondo Básico se deducirá el Costo de Seguro y se acreditarán los intereses que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cuando el disponible del Fondo Básico sea menor al Costo de Seguro y con el objeto de que la Póliza continúe en vigor, se procederá conforme a la cláusula Continuación Automática.

5. Pago Automático de Primas

Si después de transcurridos 30 (treinta) días de la fecha de vencimiento la Compañía no recibe el pago de la Prima, la cual incluirá las modificaciones realizadas al Contrato de Seguro, se descontará la cantidad necesaria o disponible para pagar total o parcialmente la Prima de manera automática del Valor en Efectivo en el siguiente orden: (i) del Fondo Básico; en caso de que éste no sea suficiente se continuará con (ii) el Fondo Excedente.

Cuando el Valor en Efectivo disponible sea menor al total del adeudo, la Póliza continuará en vigor por los días que el Valor en Efectivo alcance a amparar. Si en el transcurso de esos días el Contratante no paga la Prima pendiente, cesarán los efectos de este Contrato de Seguro así como las obligaciones que la Compañía haya contraído con él.

6. Continuación Automática

Cuando el Fondo Básico sea insuficiente para cubrir el Costo de Seguro, se tomará la cantidad necesaria para cubrir este cargo del Fondo Excedente, si el valor de dicho fondo no fuera suficiente para pagar el Costo de Seguro cesarán los derechos de la Póliza 30 (treinta) días después del momento en que se agote el Fondo Excedente. Durante ese lapso el Contratante podrá efectuar los pagos de Primas suficientes para mantenerla en vigor, sin necesidad de satisfacer ningún requisito de asegurabilidad.

7. Interés

La Compañía invertirá las Primas Excedentes conforme a lo establecido en las Reglas Generales para la Administración de las Operaciones a que se refieren las fracciones III y III Bis del artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

La tasa con la que se invierte el Valor en Efectivo no está garantizada y variará de acuerdo a los instrumentos financieros acreditados por la autoridad competente. Sin embargo, las inversiones se efectuarán de acuerdo con lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas para las Instituciones de Seguros que publica la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

8. Rectificación del Valor en Efectivo de la Póliza

En caso de que por cualquier causa fuera necesario rectificar los elementos tales como: edad, tasa de interés, Prima, coberturas, entre otros, que intervienen en el cálculo del Valor en Efectivo de la Póliza, éstos se sujetarán a lo previsto en el procedimiento a que hace referencia la cláusula Pago Automático de Primas.

Si durante el proceso de rectificación del Valor en Efectivo de la Póliza en algún momento se agotan dichos valores, se considerará que la Póliza dejó de estar en vigor al agotarse el Valor en Efectivo.

9. Valor de Rescate

El Contratante podrá rescatar su Póliza en cualquier momento mediante escrito dirigido a la Compañía, teniendo derecho a recibir el Fondo Básico más el saldo del Fondo Excedente. El rescate de la Póliza trae por consecuencia inmediata y directa la terminación del Contrato de Seguro.

10. Retiros Parciales

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante mediante escrito dirigido a la Compañía, podrá hacer retiros parciales del Fondo Excedente.

Las cantidades entregadas a la Compañía como Prima Excedente no podrán ser retiradas en forma parcial antes del transcurso de 30 (treinta) días contados a partir de la fecha de su aportación.

Esta póliza no otorga dividendos.

11. Incrementos Programados de la Suma Asegurada Sólo aplica para Moneda Nacional.

La Suma Asegurada de la cobertura básica desde el primer aniversario se incrementará trimestralmente de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) publicado por el Banco de México.

Los aumentos así pactados se realizarán sin necesidad de exámenes médicos. La Compañía dará aviso al Contratante de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual estará en función a la edad alcanzada del Asegurado y se calculará en función de las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cancelación. Los incrementos programados de la Suma Asegurada dejarán de surtir efecto en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando se llegue al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
- b) Cuando venza el plazo de pago de Primas del seguro.
- c) Cuando se afecte la Póliza por el pago de cualquier cobertura adicional contratada.
- d) A partir del segundo aniversario el Contratante podrá solicitar la cancelación de estos incrementos, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

Reinstalación. En caso de que hubieren cesado los incrementos a que hace referencia esta cláusula, podrían reinstalarse dentro del periodo de vigencia de la Póliza siempre que el Asegurado no haya rebasado las edades de aceptación, y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de la reinstalación del incremento.
- b) Comprobar a su costa y a satisfacción de la Compañía que reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general.
La fecha en la que se hubiera reinstalado el incremento de Suma Asegurada se tomará como base para efecto de las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio.

12. Incrementos No Programados de la Suma Asegurada

A partir del inicio de vigencia del 2° (segundo) aniversario de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada, siempre que:

- a) No se haya alcanzado la edad de 71 (setenta y un) años.
- b) Se encuentre dentro del periodo de plazo de pago de Primas del seguro.
- c) La Póliza no haya sido afectada por el pago de alguna cobertura adicional contratada.
- d) No exista una reclamación de Anticipo por Enfermedades Terminales.

En su caso, la Compañía tendrá el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que determine y la aceptación estará sujeta a las políticas de selección de riesgos de la misma. Todos los incrementos de Suma Asegurada solicitados por el Contratante en fecha posterior al inicio de vigencia estarán sujetos a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio a partir de su otorgamiento.

En caso de aceptar el incremento, la Compañía dará aviso al Contratante de la nueva Suma Asegurada de la Póliza y de la Prima correspondiente, la cual estará en función de la edad del Asegurado al momento del incremento y se calculará de acuerdo con las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cancelación. Dejarán de otorgarse los incrementos no programados de la Suma Asegurada al suceder cualquiera de los siguientes casos:

- a) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 71 (setenta y un) años.
- b) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido la indemnización de la cobertura adicional por Invalidez Total y Permanente.

- c) En el aniversario siguiente en que hubiera procedido el Anticipo por Enfermedades Terminales.
- d) La Póliza haya sido afectada por alguna cobertura adicional contratada.
- e) A petición del Asegurado, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

13. Pruebas de Asegurabilidad

Las pruebas de asegurabilidad son todos los documentos que contienen la información necesaria para seleccionar un riesgo, a saber: solicitud, exámenes médicos, cuestionarios especiales de ocupación, deportes, aviación, médicos, estudios especiales y cualquier otro que la Compañía considere necesario.

14. Disminución de Suma Asegurada

A partir del 2° (segundo) aniversario, el Contratante podrá solicitar por escrito disminuciones en el importe de su protección, siempre que se respeten los límites de Suma Asegurada establecidos por la Compañía. La nueva Prima estará en función de la edad que el Asegurado haya alcanzado en el inicio del aniversario en el que aplicará el movimiento.

Si en el momento de la contratación del seguro se hubiera otorgado un descuento por volumen conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al calcularse la nueva Prima por la disminución de Suma Asegurada se perderá este descuento.

Si el importe del recibo de acuerdo a la forma de pago hubiera sido cubierto y se solicitara una disminución de Suma Asegurada, no habrá devolución sobre la Prima pagada.

V. Beneficios Incluidos

1. Anticipo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá solicitar el pago de un anticipo a la Compañía por un monto fijo de \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

Este Anticipo por Fallecimiento será procedente, siempre y cuando: (i) hayan transcurrido cuando menos 2 (dos) años contados a partir de (a) la expedición de la Póliza, (b) de su última rehabilitación, o (c) la contratación de incremento de la Suma Asegurada correspondiente, y (ii) el Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del Certificado de Defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados y de la carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como Beneficiario.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá el monto fijo \$50,000.00 M.N. (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario, el remanente se pagará a(los) beneficiario(s) en una sola exhibición y le será cubierto una vez que presente su reclamación formal a la Compañía.

En caso de que existieran varios Beneficiarios, el pago del anticipo correspondiente se hará al Beneficiario que solicite dicho anticipo a la Compañía, siempre y cuando el porcentaje de participación que éste tenga sobre la cobertura no sea menor al importe del anticipo que la Compañía conviene en dar bajo la presente cláusula. En caso de que dos o más Beneficiarios soliciten al mismo tiempo el pago de este anticipo, éste se otorgará únicamente a aquel Beneficiario que presente la factura en original o compruebe haber erogado gastos por servicios funerarios del Asegurado.

2. Anticipo por Enfermedades Terminales

La Compañía anticipará el pago de 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales que cumplan con las características detalladas a continuación:

- a) Infarto al Miocardio.
- b) Enfermedad Coronaria Obstructiva.
- c) Accidente Vascular Cerebral.
- d) Cáncer.
- e) Insuficiencia Renal.

Siempre y cuando se cumpla la condición de haberse originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y como consecuencia se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser documentada y dictaminada por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Además de las Enfermedades Terminales aquí citadas, cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal –es decir, progresiva e incurable y con pronóstico de vida menor a 12 (doce) meses– para ser cubierta por este beneficio, su diagnóstico correspondiente deberá constar por escrito por un médico especialista en la materia y

legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, fechado y firmado.

Adicional al dictamen presentado, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer la base de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar por su médico tratante (especialista en la materia) la Enfermedad Terminal, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, en caso de determinar la improcedencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados, así como los costos del peritaje. De no proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

a) Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. El Infarto al Miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

3. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

b) Enfermedad Coronaria Obstructiva

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardíaco).
3. Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en un 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

c) Accidente Vascular Cerebral

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro causando déficit neurológico que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

d) Cáncer

Para efectos de este beneficio, se entenderá como Cáncer a la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, teniendo la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico

especialista en oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel, excepto los melanomas malignos (una enfermedad maligna de las células que dan color la piel) con metástasis, tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

e) Insuficiencia Renal

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1) Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

En cualquier caso la Compañía se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con el Siniestro.

La cantidad que por este beneficio se pague no podrá ser mayor a 50 (cincuenta) veces el Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal (SMGAVDF).

En caso de que se haga efectivo este beneficio, la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado.

Este anticipo cubre al Asegurado por presentar sólo una de las enfermedades aquí listadas por única ocasión.

El pago del Anticipo por Enfermedades Terminales estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza se encuentre vigente al momento del Siniestro.
- b) Que el estado de Enfermedad Terminal sea diagnosticado estando la Póliza en vigor.
- c) Que en caso de que el Asegurado hubiera designado Beneficiarios irrevocables, éstos hayan notificado por escrito a la Compañía su aceptación de que el Asegurado haga uso de este beneficio.
- d) Que haya transcurrido al menos un Periodo de Espera de al menos 3 (tres) meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza y de la fecha en que un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, diagnostique al Asegurado cualquiera de los padecimientos antes mencionados.
- e) Que al Asegurado le sea diagnosticado un estado de Enfermedad Terminal, es decir, que por sus condiciones de salud la enfermedad sea progresiva e incurable y que sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta, debiendo quedar por escrito la opinión del estado de Enfermedad Terminal por un médico especialista, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, que corresponda. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

Exclusiones.

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a) El intento de suicidio, lesión dolosa o intencional.**
- b) La adicción a bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
- c) Una infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad durante los 2 (dos) primeros años, sujeto a lo estipulado en las cláusulas Indisputabilidad y Rehabilitación.**

d) Enfermedad Preexistente.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si una Enfermedad Preexistente es o no susceptible de estar cubierta bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular Única Capítulo 20.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

VI. Coberturas Adicionales

En caso de haberse contratado una o más coberturas adicionales con costo y éstas se encuentren vigentes y listadas en la carátula de la póliza o en el endoso de inclusión, aplicarán las siguientes cláusulas.

Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

a) Definición de Invalidez Total y Permanente

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

1. Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando una actividad que les genere un ingreso, como la pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes, a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, para procurarse mediante cualquier actividad remunerada o lucrativa que sea compatible con sus conocimientos y aptitudes, una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento) del salario comprobable percibido durante el último año de trabajo por el Asegurado.
2. Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso: la pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes, a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.
3. La pérdida absoluta e irreparable, como consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, de la

vista en ambos ojos, la pérdida o el anquilosamiento de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de los incisos 1 y 2, el Periodo de Espera para comprobar la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado comprenderá un plazo de 6 (seis) meses contados a partir de que una institución o médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de fallecimiento o recuperación del estado de invalidez dentro del Periodo de Espera mencionado en el párrafo anterior, no procederá el pago de las coberturas por Invalidez Total y Permanente que hubieran sido contratadas.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que la Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y, en caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico con cédula profesional, especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, y que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí estipulados. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

b) Opciones de Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

El Contratante podrá elegir una o varias de las opciones siguientes:

1. Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI)

Si durante el plazo de esta cobertura el Asegurado sufre Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada de esta cobertura adicional vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente. La Compañía efectuará dicho pago una vez transcurrido el Periodo de Espera citado en la definición de Invalidez Total y Permanente.

2. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI)

Si durante el plazo de seguro de esta cobertura el Asegurado sufre Invalidez Total y Permanente, la Compañía lo eximirá del pago de Primas que correspondan al riesgo por su fallecimiento sin incluir coberturas adicionales, que venzan después de transcurrido el Periodo de Espera. La cobertura básica quedará de este modo vigente, cancelándose las coberturas adicionales al aniversario Póliza siguiente. Esta cobertura aplica únicamente cuando el Contratante sea al mismo tiempo el Asegurado.

3. Exención de Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante (BIM)

Esta cobertura aplica únicamente cuando el Contratante sea al mismo tiempo el Asegurado.

Esta cobertura se otorgará al Segundo Asegurado, el Asegurado tendrá que contratar la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BI) para obtener esta Exención (BIM).

En caso de que el Asegurado falleciera o se le diagnosticara Invalidez Total y Permanente y la Póliza se encuentre en vigor, la Compañía eximirá del pago de todas las Primas subsecuentes de la cobertura básica del Segundo Asegurado que venzan después de la fecha en que hubiera ocurrido el fallecimiento o se le hubiera diagnosticado el estado de invalidez al Contratante de acuerdo con el plan de pagos vigente, cancelándose las coberturas adicionales que hubieran sido contratadas.

Al proceder la Exención de Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante, la cobertura básica del Segundo Asegurado quedará vigente sin más pago de Primas hasta por el plazo de seguro contratado.

c) Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para estas coberturas son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 55 (cincuenta y cinco) años de edad.

d) Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente:

1. Que se origine por la participación del Asegurado en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**

- b) Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado.**

- c) Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**

- d) Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**

- e) Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2. Por los siguientes eventos:

- a) Cualquier intento de suicidio.**

- b) Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**

- c) Lesiones que se provoquen el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**

- d) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**

- e) Por exposición a radiaciones atómicas y derivadas de éstas.**

3. Por lesiones que se provoquen el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. Por Enfermedades Preexistentes.

e) Cancelación

Las coberturas contratadas por Invalidez Total y Permanente se cancelarán cuando ocurra el primero de los siguientes casos:

1. Al vencimiento del aniversario de la Póliza en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años, salvo que el estado de Invalidez Total y Permanente se presente antes.

2. Por falta de pago de Primas.

3. Al término del plazo de pago de Primas del Contrato de Seguro.

- 4) Al término del plazo de seguro.
- 5) Al comprobarse la rehabilitación del Asegurado del estado de invalidez o la inexistencia del mismo.
- 6) Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago por Pérdidas Orgánicas conforme a la cobertura Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO) o Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC).

2. Coberturas Adicionales por Accidente

a) Definiciones

1. Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Anquilosis

Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

3. Pérdida Orgánica

Se entenderá como tal:

- a) La pérdida de una mano, su Anquilosis o separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.
- b) La pérdida de un pie, su Anquilosis o separación completa en la articulación del tobillo o arriba de él.
- c) La pérdida de los dedos, la Anquilosis o separación completa de dos falanges de la misma mano, cuando menos.
- d) En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

b) Muerte Accidental

1. Descripción

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado fallece como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura.

c) Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DIPO)

1. Descripción

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado fallece o llega a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia

de un Accidente, la Compañía pagará por concepto de indemnización, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada por esta cobertura que se señala en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufre, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas en la presente cobertura adicional.

La indemnización para estas coberturas se pagará siempre y cuando:

- a) La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
- b) El Accidente ocurra dentro de las edades comprendidas para esta cobertura.
- c) El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.
- d) La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. La indemnización correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a los Beneficiarios designados.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

d) Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC)

1. Descripción

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado fallece o llega a sufrir una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará por concepto de indemnización, el porcentaje correspondiente

de la Suma Asegurada por esta cobertura que se señala en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación:

Pérdida de	Porcentaje de la Suma Asegurada
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

En el caso de la cobertura por Muerte Accidental Colectiva, la Compañía pagará el doble del monto determinado de conformidad con el primer párrafo de este inciso, si el Asegurado fallece a consecuencia de:

- a) Un accidente automovilístico en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba sea considerado de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Un accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.
- c) Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufiere, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas en la presente cobertura adicional.

La indemnización para estas coberturas se pagará siempre y cuando:

- a) La cobertura no se encuentre cancelada por falta de pago al momento del Siniestro.
- b) El Accidente ocurra dentro de las edades comprendidas para esta cobertura.
- c) El fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

- d) La Pérdida Orgánica ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. La indemnización correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a los Beneficiarios designados.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

e) Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad.

f) Exclusiones

Las coberturas adicionales por Accidente no cubren:

1. Accidentes originados por la participación del Asegurado en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección, riñas y alborotos populares.**
- b) **Actos delictivos dolosos en los que participe directamente el Asegurado**
- c) **Viajes en aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros, o en aeronaves que presten servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- d) **Carreras o pruebas de resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
- e) **Eventos o actividades en práctica amateur o profesional relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, buceo, pesca, alpinismo, esquí, charrería, caza, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier tipo de deporte aéreo, acuático, navegación submarina y/o cualquier otra actividad deportiva o afición considerada de alto riesgo.**

2. Por los siguientes eventos:

- a) **Enfermedad física o mental.**
- b) **Suicidio o cualquier intento de suicidio.**
- c) **Mutilación voluntaria aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, enervantes, estimulantes o drogas.**

- d) **Lesiones que se provoquen el Asegurado, aun estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, incluso si estos tres últimos fueron prescritos por un médico.**
- e) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza e inhalación de gases, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- f) **Fallecimiento o Pérdida Orgánica que acontezca después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.**

3. Lesiones que se provoquen el Asegurado cuando se encuentre en estado de enajenación mental.

4. En la cobertura de Muerte Accidental Colectiva, no se cubre el fallecimiento ocurrido en viajes aéreos comerciales o privados.

f) Indemnización Máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en las coberturas adicionales por Accidente (DI, DIPO y DIPOC), en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente en estas coberturas, aun cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos varias de las pérdidas cubiertas.

Si la Compañía llegara a efectuar el pago de alguna indemnización al amparo de la cobertura de Pérdidas Orgánicas, la Suma Asegurada de Muerte Accidental (DIPO o DIPOC) se reducirá en el monto pagado por aquélla en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo Accidente.

g) Cancelación

Las coberturas de Accidente se cancelarán en el momento en que se presente cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 70 (setenta) años.
2. Por falta de pago de Primas.
3. Al término del plazo de pago de Primas del Contrato de Seguro.
4. Al término del plazo de seguro.
5. Al término del aniversario en que hubiera procedido cualquiera de las coberturas de Invalidez Total y Permanente.
6. Al finalizar el aniversario en que se hubiera pagado alguna de las indemnizaciones de las coberturas por Accidente o por Pérdidas Orgánicas.

3. Cobertura Adicional por Enfermedad

a) Definiciones

1. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento

incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, teniendo la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), en ambos casos, en su forma diseminada y leucemias de cualquier tipo.

El Asegurado deberá demostrar a la Compañía el dictamen histopatológico (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento) y el diagnóstico deberá estar avalado por un médico oncólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel, excepto los melanomas (enfermedad maligna de las células que dan color a la piel) con metástasis, tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e *In Situ* (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

b) Indemnización Adicional por Cáncer (IAC)

1. Descripción

En caso de que la Póliza se encuentre en vigor y de haber contratado esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada si durante el plazo de cobertura al Asegurado le es detectado Cáncer, o bien si el fallecimiento del Asegurado ocurre a consecuencia de esta enfermedad.

c) Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 60 (sesenta) años de edad.

d) Exclusiones

1. La presencia del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y cualquier otra enfermedad derivada de la anterior.

2. No procederá ningún pago al amparo de esta Póliza si la muerte del Asegurado ocurre antes que se practiquen los estudios necesarios para que quede demostrada la existencia de la enfermedad aquí cubierta.

e) Cancelación

La cobertura por Cáncer se cancelará:

1. Al finalizar el aniversario en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
2. Por falta de pago de Primas.
3. Al término del plazo de pago de Primas del Contrato de Seguro.
4. Al término del plazo de seguro.
5. Al término del aniversario en que hubiera procedido cualquiera de las coberturas de Invalidez Total y Permanente.
6. Al efectuarse alguna reclamación, el Asegurado reclamante y a no podrá contratar la cobertura nuevamente.
7. Al momento de pago de la cobertura por algún tipo de Cáncer.

4. Cobertura Adicional por Gastos Funerarios

a) Descripción

Esta cobertura no aplica para el Segundo Asegurado.

Para efectos de esta cobertura podrán ser considerados como Asegurados: el Asegurado titular, el cónyuge y los hijos dependientes solteros que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

1. Gastos Funerarios
La Compañía se obliga a pagar los gastos funerarios hasta por la Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura, mediante la obligación del pago de la Prima convenida.
2. Gastos Funerarios Individual
En la modalidad individual quedará amparado únicamente el Asegurado titular.
3. Gastos Funerarios Familiar
En la modalidad familiar quedarán amparados el cónyuge y los hijos del Asegurado titular, cuyos nombres deberán quedar registrados en el Contrato de Seguro.

b) Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son las comprendidas entre 18 (dieciocho) y 70 (setenta) años de edad para el Asegurado y su cónyuge, y para los dependientes de 1 (uno) a 24 (veinticuatro) años.

c) Indemnización por Gastos Funerarios

La Suma Asegurada alcanzada de esta cobertura se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado de que se trate, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba toda la documentación e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

d) Cancelación

La cobertura por Gastos Funerarios se cancelará en caso de que muera el Asegurado titular de la Póliza.

VII. Cláusulas Generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, notificando por escrito la nueva designación a la Compañía. En caso de que el Asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal de acuerdo con el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no recibirse la notificación oportunamente, la Compañía pagará el Beneficio por Fallecimiento al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de cualquier obligación posterior contraída en la Póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, la cual será el único medio de prueba admisible en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; la misma regla se observará en caso de que el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y el Contratante no haya hecho nueva designación. Si existiendo varios Beneficiarios fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales

entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Contratante haya dispuesto otra cosa.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

2. Pago de Primas

El Contratante deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica y cada cobertura adicional a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la Póliza, salvo que este Contrato de Seguro se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima anual de manera fraccionada; ya sea mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que la Compañía determine en la fecha de emisión de cada recibo.

La Prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la Prima inicial o la primera fracción de ésta. En el caso de las Primas subsecuentes, los pagos vencerán al comienzo del periodo que comprenda cada parcialidad. Lo anterior, de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, se aplicará lo establecido en la cláusula Pago Automático de Primas.

Los pagos deberán efectuarse mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las Instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el Estado de Cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

3. Moneda

Todos los valores del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada, Primas y Valores en Efectivo estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la póliza, la moneda puede ser Moneda Nacional o Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

Todos los pagos convenidos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el plan, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

La Suma Asegurada se denominará en Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, y las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional calculados a la fecha en que se efectúe el pago, tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las Autoridades Competentes.

4. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus endosos.

5. Indisputabilidad

La Póliza correspondiente no será disputable después de transcurridos al menos 2 (dos) años de cobertura continua e ininterrumpida ya sea desde el inicio de la vigencia o de su última rehabilitación, en caso de existir Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en (i) la solicitud del seguro, (ii) el cuestionario médico, o (iii) el resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

De igual forma, en el supuesto de que con posterioridad a la emisión de la Póliza original, el Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada que hubieren sido aceptados por la Compañía, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este Contrato de Seguro, no serán disputables después de 2 (dos) años contados a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese período serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados, al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía –mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el cliente amplíe la información solicitada-, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La 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 sin necesidad de declaración judicial, aun y cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la póliza.

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 que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

8. Cambio de Ocupación

En caso de que el Asegurado cambie de ocupación durante la vigencia del seguro, el Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

Con esta notificación, la Compañía realizará los ajustes correspondientes con base en la disminución o agravación del riesgo en su ocupación de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para poder mantener en vigor la Suma Asegurada de la Póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca y se detecte la existencia de una agravación del riesgo como resultado del cambio de la ocupación no notificada por el Contratante, se ajustará la Suma Asegurada de la Póliza de acuerdo con lo que el Asegurado pueda alcanzar con las Primas pagadas.

9. Rehabilitación

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá rehabilitarla siempre y cuando no hayan transcurrido más de 6 (seis) meses de la cancelación y se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza. De cualquier forma quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía una solicitud de rehabilitación firmada por el Contratante.

- b) Que el Asegurado reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía.
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que la Compañía determine para este efecto.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que la institución comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en las cláusulas Indisputabilidad y Suicidio. El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que la Compañía acepte la propuesta.

10. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna con relación al tipo de vida, residencia o viajes del Asegurado, con excepción de lo establecido en la cláusula Cambio de Ocupación.

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia continua de este Contrato de Seguro, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente pagará el Valor en Efectivo disponible en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación, incremento adicional de la Suma Asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro inicial, aplicará lo referente al párrafo anterior a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o se acepte la inclusión de coberturas adicionales.

12. Comprobación del Siniestro

La Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas adicionales contratadas de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Asegurado o Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por los artículos 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13. Verificación de Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que se tenga registrado al momento de la contratación de cada cobertura.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por muerte del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía, en este caso, rescindirá el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía al momento de la contratación del seguro, se atenderá a lo dispuesto por el artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indica:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare un Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra

dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente sección se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

14. Pago del Seguro

La Compañía pagará las Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas a favor de los reclamantes dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. 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; lo anterior, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Prima anual no vencida o la parte faltante de la misma que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro, serán compensados de la liquidación correspondiente.

15. Intereses Moratorios

En 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 Suma Asegurada dentro de los 30 (treinta) días 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, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

16. Impuestos

Los pagos que realice la Compañía a sus Contratantes, Asegurados o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos del artículo 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 81

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá 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 que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.”

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento éstas deberán presentarse dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen; para reclamaciones por Invalidez y/o Pérdidas Orgánicas o Anticipo por Enfermedades Terminales, éstas deberán presentarse dentro del

término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

19. Envío de Estado de Cuenta

De forma anual se le enviará al Contratante un Estado de Cuenta, el cual cumplirá con las disposiciones oficiales publicadas en las Reglas Generales para la Administración de las Operaciones a que se refieren las fracciones III y III Bis del artículo 34 de La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y para la emisión de Estados de Cuenta por las inversiones realizadas como parte de dichas operaciones y de aquellas a que se refiere la fracción IV del mismo artículo.

Sin embargo, el Contratante puede solicitar información relativa a su Valor en Efectivo en cualquier momento contactando a la Compañía.

20. Terminación del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro terminará, sin obligación posterior para la Compañía, por alguna de las siguientes causas:

- a) Con el pago que proceda por el Beneficio por Fallecimiento.
- b) La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro a los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la Prima no devengada. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.
- c) Al término del plazo de seguro de este Contrato de Seguro.
- d) Por falta de pago de Primas conforme a la cláusula Pago de Primas.

- e) Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para mantener la Póliza en vigor.
- f) Al solicitarse el Valor de Rescate.
- g) Por voluntad del Contratante; decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al vencimiento de la vigencia del Contrato de Seguro.
- h) Conforme a lo establecido en la cláusula Omisiones o Inexactas Declaraciones.

21. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VIII. Artículos Citados

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS:	
Operaciones que las Instituciones de Seguros podrán realizar.	Artículo 34
Procedimiento que las empresas aseguradoras deberán seguir para llevar a cabo el registro de las notas técnicas y documentación contractual de los productos que comercializan.	Artículo 36, Artículo 36 A, Artículo 36 B y Artículo 36 D
<p>Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.</p> <p>Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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;</p> <p>II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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;</p> <p>III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;</p> <p>IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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;</p> <p>V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá 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;</p> <p>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 la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.</p> <p>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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;</p> <p>VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y</p> <p>VIII. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.</p>	Artículo 135 Bis

La competencia por territorio para demandar en materia de seguro será determinada a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.	Artículo 136
--	--------------

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:	
El Contratante o Asegurado estará obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo tal como los conozca o deba conocer.	Artículo 8
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.	Artículo 25
La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración.	Artículo 37
Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días ni mayor a 30 (treinta) días naturales, siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.	Artículo 40
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.	Artículo 47
Aviso de Siniestro.- El Asegurado o Beneficiario gozará de un plazo máximo de 5 (cinco) días para dar aviso, que deberá ser por escrito, de la realización del Siniestro.	Artículo 66
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro. Documentación e información soporte para comprobación del Siniestro.	Artículo 69
Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos.	Artículo 70
El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	Artículo 71
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.	Artículo 76
Plazo de prescripción.- Todas las acciones que deriven de un Contrato de Seguro para la operación de vida, prescribirán en 5 (cinco) años y 2 (dos) años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Artículo 81
El plazo para la prescripción no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones, sobre el riesgo corrido sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él.	Artículo 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá 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 establecido en el artículo 37 de la presente ley.	Artículo 84
Cuando el menor de edad tenga 12 (doce) años o más será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Artículo 158
Determinación de edad del Asegurado.	Artículo 161
El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y lo comunique al Beneficiario y a la empresa aseguradora.	Artículo 165
LEY CONDUSEF:	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios.	Artículo 50 Bis
Plazo para presentación de reclamaciones 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de 2 (dos) años para los demás casos.	Artículo 65
Las reclamaciones que cumplan con los requisitos que menciona la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por su sola presentación interrumpirán la prescripción.	Artículo 66
La Comisión Nacional deberá agotar el procedimiento de conciliación.	Artículo 68

IX. Registro

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros número CNSF-S0048-0593-2010 y CNSF-S0048-0594-2010 de fecha 16/03/2011.



Llámanos sin costo
01 800 900 1292

www.axa.mx

