



Vida y Ahorro

A woman with dark hair and bangs, wearing a dark blue blazer over a white top, is looking upwards and to the right. Behind her is a large, bold red checkmark. The background is a light-colored, textured wall with faint circular patterns.

Aumenta tus posibilidades en cada decisión

Vida Inteligente Plus

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Objeto del seguro	6
II. Leyes aplicables	6
III. Definiciones	6
1. Asegurado	6
2. Beneficiario	6
3. Beneficio por Fallecimiento (indemnización)	6
4. Cargo de Adquisición	7
5. Compañía	7
6. Contratante	7
7. Costo del Seguro	7
8. Enfermedad Preexistente	7
9. Estado de Cuenta	7
10. Estrategia de Inversión	7
11. Extraprima	7
12. Fondo Básico	7
13. Fondo Excedente	8
14. Fondos Indexados	8
15. Periodo de Espera	8
16. Póliza o Contrato de Seguro	8
17. Prima	8
18. Recargo Fijo	8
19. Segundo Asegurado o Asegurado Mancomunado	8
20. Siniestro	9
21. Suma Asegurada	9
22. Unidad	9
23. Valor en Efectivo	9
IV. Procedimientos	9
1. De los rendimientos de inversión	9
2. De otro tipo de procedimientos	10
V. Descripción del seguro	13
1. Cobertura Básica o Fallecimiento	13
2. Vigencia	14
3. Edades de aceptación	14
VI. Beneficios incluidos	14
1. Anticipo por Fallecimiento	14
2. Anticipo por Enfermedades Terminales	15

	Página
VII. Coberturas adicionales	18
1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente	18
a) Definición de Invalidez Total y Permanente	18
b) Opciones de coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente (ECMI y PAI)	19
c) Edades de aceptación	19
d) Exclusiones	20
e) Cancelación	20
2. Coberturas adicionales por Accidente	21
a) Definiciones	21
b) Muerte Accidental (DI)	21
c) Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC)	21
d) Indemnización máxima	22
e) Edades de aceptación	22
f) Exclusiones	22
g) Cancelación	23
3. Cobertura de Cáncer (CDC)	23
3.1 Definiciones	23
3.2 Descripción de la Cobertura	24
3.3 Periodo de Espera	24
3.4 Indemnización de la Cobertura	24
3.5 Comprobación del Cáncer	25
3.6 Edad de Aceptación y Cancelación	26
3.7 Exclusiones de la Cobertura de Cáncer	26
3.8 Terminación de la Cobertura	26
4. Cobertura adicional por Gastos Funerarios	27
a) Descripción	27
b) Edades de aceptación	27
c) Indemnización por Gastos Funerarios	27
d) Cancelación	27
VIII. Cláusulas generales	28
1. Designación de Beneficiarios	28
2. Pago de la Prima	28
3. Moneda	29
4. Corrección del Contrato de Seguro	29
5. Indisputabilidad	29
6. Omisiones o Inexactas Declaraciones	30
7. Notificaciones	30
8. Cambio de Ocupación	30
9. Rehabilitación	30
10. Carencia de Restricciones	31
11. Suicidio	31

	Página
12. Comprobación del Siniestro	31
13. Verificación de Edad	32
14. Pago del Seguro	32
15. Intereses Moratorios	33
16. Impuestos	33
17. Prescripción	33
18. Competencia	33
19. Envío de Estado de Cuenta	34
20. Terminación del Contrato de Seguro	34
21. Revelación de Comisiones	34
IX. Asistencia Funeraria	35
1. Disposiciones previas	35
2. Definiciones	35
3. Coordinación y asesoría para trámites funerarios	35
4. Traslado en caso de fallecimiento o entierro en la ciudad de residencia	36
5. Obligaciones de la Familia o del Representante del Asegurado	36
6. Exclusiones	37
X. Asistencia en Viajes	38
1. Disposiciones previas	38
2. Asistencias en el mundo entero	38
a) Repatriación o Traslado al Domicilio	38
b) Boleto Viaje Redondo para un Familiar del Asegurado Fallecido	38
c) Transmisión de Mensajes Urgentes	38
3. Asistencias exclusivas en el extranjero	38
a) Referencia Médica por Emergencia	38
b) Traslado Médico	38
c) Repatriación o Traslado al Domicilio	39
d) Repatriación de Menores Acompañantes	39
e) Boleto Viaje Redondo para un Familiar	39
f) Asistencia Legal	39
g) Asistencia Administrativa	39
h) Rastreo, Búsqueda y Transportación de Equipaje Documentado u Objetos Personales Perdidos o Robados	39
i) Gastos de Hospedaje por Convalecencia	39
4. Exclusiones	40
5. Procedimiento para solicitar la asistencia	41
XI. Artículos citados	42
XII. Registro	49

AXA Seguros, S.A. de C.V.
Vida Inteligente Plus
Condiciones generales

I. Objeto del seguro

Es un seguro de vida temporal que, en caso de fallecimiento del Asegurado, pagará a los Beneficiarios designados el Beneficio por Fallecimiento, sea Nivelado o Creciente. Con la contratación de este seguro, el Asegurado tendrá la opción de solicitar rendimientos de inversión con Primas Excedentes hasta los 85 (ochenta y cinco) años de edad. El plazo de seguro se especifica en la carátula de la Póliza.

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al(los) Asegurado(s) incluido(s) en la carátula de la Póliza, durante el plazo de vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en este, 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 de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro 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

Aquella(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado a cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro por fallecimiento (indemnización). En caso de proceder la indemnización de las coberturas por Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica o el Anticipo por Enfermedades Terminales, se entenderá como Beneficiario al mismo Asegurado.

3. Beneficio por Fallecimiento (indemnización)

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

Al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro el Contratante deberá elegir entre dos opciones:

- a) Nivelado: será igual a la cantidad que resulte mayor entre (i) la Suma Asegurada alcanzada y (ii) 105% del Valor en Efectivo.
- b) Creciente: será igual a la Suma Asegurada alcanzada más el Valor en Efectivo.

4. Cargo de Adquisición

Es el costo relacionado con la activación de la Póliza, el cual es cobrado en forma diferida a lo largo del seguro como porcentaje de la Prima pagada.

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 en este contrato 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 podrá contratar para sí coberturas adicionales.

El Contratante podrá cambiar durante la vigencia de la Póliza; para lo cual, en caso de haber contratado coberturas adicionales a su favor (persona física) y de solicitar su continuidad, el nuevo Contratante deberá cubrir los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine.

7. Costo del Seguro

Se conforma por los cargos mensuales que se requieren para cubrir los costos de siniestralidad de la cobertura por fallecimiento y de las coberturas adicionales contratadas, de acuerdo con la edad alcanzada por cada 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 en 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 Valor en Efectivo a la fecha del reporte.

10. Estrategia de Inversión

Las opciones de inversión que la Compañía ofrece al momento de la contratación del seguro y durante su vigencia, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A cada opción de inversión elegida por el Contratante se le aplicará un valor de Unidad para determinar el valor de la inversión y su rendimiento.

11. Extraprima

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

12. Fondo Básico

Se constituye por la Prima Básica disminuida por el Cargo de Adquisición y el Costo del Seguro. De acuerdo a la Estrategia de Inversión que hubiere solicitado, se acreditarán a este Fondo Básico los rendimientos que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Existen varios Fondos Indexados en donde el Asegurado podrá invertir de acuerdo con la Estrategia de Inversión seleccionada.

13. Fondo Excedente

Se constituye por la Prima Excedente. De acuerdo a la Estrategia de Inversión que hubiere solicitado el Contratante, se acreditarán a este fondo los rendimientos que se llegaran a obtener conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Existen varios Fondos Indexados en donde el Asegurado podrá invertir de acuerdo con la Estrategia de Inversión seleccionada.

14. Fondos Indexados

Aquellos instrumentos financieros en los que la(s) Unidad(es) será(n) invertida(s) de acuerdo con la Estrategia de Inversión elegida.

15. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura, 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.

16. 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.

17. Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual la Compañía ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada alcanzada.

Existen dos tipos de Primas:

- a) **Prima Básica.** Es la cantidad que pagará el Contratante por la cobertura básica y por cada una de las coberturas adicionales contratadas, basada en la Suma Asegurada alcanzada, así como las Extraprimas que en su caso correspondan, más un Recargo Fijo anual que la Compañía determine.
- b) **Prima Excedente.** Es la cantidad que pagará el Contratante como aportación adicional a la Prima Básica de manera voluntaria y con el objetivo de invertir. Cualquier importe pagado en exceso una vez cubierta la Prima Básica se considerará Prima Excedente. Las Primas Excedentes pueden ser programadas o aportadas a discreción del Contratante. En caso de aportar a través de tarjeta de crédito, se aplicará un monto máximo de aportación mensual, el cual será determinado por la Compañía. En caso de que el Asegurado efectúe aportaciones adicionales, estas permanecerán depositadas en el Valor en Efectivo 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 de Inversión, este se le entregará en una sola exhibición al Contratante.

18. Recargo Fijo

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

19. 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 y que de ser aceptada por la Compañía aparecerá como tal en el endoso respectivo.

20. Siniestro

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

21. Suma Asegurada

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

22. Unidad

Es el valor que se le otorga a cada peso Prima para el efecto de realizar la inversión de acuerdo con la Estrategia de Inversión elegida. Este valor se actualizará en forma diaria.

23. Valor en Efectivo

Es la suma del Fondo Básico y el Fondo Excedente.

El Contratante será quien pueda realizar retiros parciales o totales del Valor en Efectivo.

En caso de rescate de la Póliza, el Costo del Seguro a cargo del Contratante se disminuirá del Valor en Efectivo.

IV. Procedimientos

1. De los rendimientos de inversión

a) Funcionamiento del Fondo Básico

A la Prima Básica pagada se le deducirá el Cargo de Adquisición correspondiente y el remanente se depositará en el Fondo Básico, el cual se invertirá de acuerdo con la Estrategia de Inversión elegida por el cliente. De este Fondo Básico se deducirá el Costo del Seguro y se acreditarán los rendimientos de acuerdo con lo descrito en la cláusula Determinación del rendimiento del Valor en Efectivo.

Cuando un Fondo Indexado se agote al cobrar el Costo del Seguro, se cobrará este cargo en el resto de los Fondos Indexados en donde aún existan montos disponibles para que el seguro continúe en vigor.

b) Funcionamiento del Fondo Excedente

La Prima Excedente se depositará en el Fondo Excedente, el cual se invertirá de acuerdo con la Estrategia de Inversión elegida por el Contratante. A este Fondo Excedente se acreditarán los rendimientos de acuerdo con lo descrito en la cláusula Determinación del rendimiento del Valor en Efectivo.

c) Continuación automática

Cuando el Fondo Básico sea insuficiente para cubrir el Costo de Seguro, el Asegurado acepta que se tomará del Fondo Excedente la cantidad necesaria para cubrir este costo; si el valor del Fondo Excedente no fuera suficiente para pagar el Costo de Seguro, el Contratante contará con el plazo establecido en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro para cubrir el Costo del Seguro antes de su cancelación, sin necesidad de satisfacer ningún requisito de asegurabilidad. Transcurrido dicho plazo cesarán los efectos del Contrato de Seguro en los términos establecidos en la cláusula Vigencia.

d) Determinación del rendimiento del Valor en Efectivo

El rendimiento diario del Valor en Efectivo estará reflejado por el cambio del valor en la Unidad en ese día, multiplicado por el número de unidades asignadas a cada Fondo Indexado.

Los Costos del Seguro se deducirán en la misma proporción a cada uno de los Fondos Indexados de acuerdo con la Estrategia de Inversión solicitada.

Diariamente se actualiza el Valor en Efectivo de acuerdo con el valor de la Unidad que corresponda.

e) Valor de la Unidad

La Unidad de cada Fondo Indexado se actualizará diariamente de acuerdo con el valor del mercado de las inversiones que lo conforman. El valor de la Unidad no está garantizado y puede aumentar o disminuir de acuerdo con el valor de mercado de las inversiones que lo conforman, lo que implica que el rendimiento diario sobre el Valor en Efectivo puede ser negativo o positivo. Por lo tanto, la Compañía no asume responsabilidad alguna con relación al rendimiento de los valores objeto de la inversión.

f) Establecimiento de la Estrategia de Inversión

En la solicitud de la Póliza el Contratante determinará la Estrategia de Inversión de acuerdo con las opciones de Fondos Indexados que ofrezca la Compañía. Asimismo, el Contratante podrá solicitar cambios en la Estrategia de Inversión en cualquier momento por los medios que la Compañía ponga a su disposición para tal efecto. En este caso, la Compañía procederá a determinar los rendimientos con base en la nueva Estrategia de Inversión, a partir del día hábil siguiente en que la Compañía reciba la solicitud de dicho cambio. El Contratante podrá verificar las modificaciones a su Estrategia de Inversión en el Estado de Cuenta siguiente a la fecha en que haya solicitado el movimiento.

g) Cambios en la oferta de Fondos Indexados

La Compañía a su entera discreción, en función del comportamiento del mercado de valores, podrá modificar las opciones que ofrece para integrar la Estrategia de Inversión haciendo cancelaciones de alguna de estas opciones y dando aviso por escrito al Contratante con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación de que se trate. Dentro de dicho plazo el Contratante deberá informar por escrito a la Compañía la nueva Estrategia de Inversión de cada uno de sus Fondos Indexados, en caso de no contar con la instrucción antes citada, la Compañía pondrá a disposición del Contratante el monto constante en el Fondo Indexado a cancelar.

La Compañía, recibida la instrucción de la nueva Estrategia de Inversión presentada por el Contratante, efectuará la devolución del monto o la asignación a los Fondos Indexados de acuerdo con la Estrategia de Inversión solicitada. En el Estado de Cuenta siguiente a las modificaciones antes citadas, el Contratante podrá verificar la aplicación de sus Fondos Indexados de acuerdo con las instrucciones recibidas.

En cualquier momento la Compañía podrá ofrecer al Contratante nuevas alternativas como Estrategia de Inversión.

2. De otro tipo de procedimientos

a) Rectificación de la Prima

En caso de que por cualquier causa fuera necesario rectificar los elementos que intervienen en el cálculo de la Prima, tales como: edad, coberturas o alguna otra que intervenga en su cálculo, podrá actualizarse cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Deberá cubrirse una Prima mayor a cargo del Asegurado.
- b) Deberá reducirse el costo de la Prima por la Compañía.

En el caso del inciso a), el Asegurado se obliga a pagar la Prima real por el riesgo cubierto por la Compañía. El monto a pagar por el Asegurado podrá ser cubierto directamente por él en efectivo o descontándose del monto del Valor en Efectivo. En el caso que la edad del Asegurado supere la edad máxima de aceptación, la Compañía cancelará el seguro, devolviendo las Primas correspondientes disminuidas de las Primas devengadas de acuerdo con la edad real del Asegurado y el Valor en Efectivo existente.

En el caso del inciso b), la Compañía deberá devolver al Asegurado el costo de la Prima Básica que se hubiere cobrado en exceso. A petición del Contratante dicha cantidad se le entregará mediante transferencia a cuenta bancaria del Asegurado o bien, se depositará directamente al Valor en Efectivo.

b) Valor de rescate

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

c) Retiros parciales

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante mediante un escrito dirigido a la Compañía o vía Internet, previa comprobación de identidad, podrá hacer retiros parciales del Valor en Efectivo. La Compañía efectuará el retiro de cada fondo de acuerdo con la instrucción escrita del Contratante.

El costo de la transacción por cada retiro parcial será máximo 10 (diez) veces el Salario Mínimo General Diario Vigente en el Distrito Federal.

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.

d) Incrementos programados de Suma Asegurada

El Contratante podrá elegir que la Suma Asegurada se incremente anualmente en el aniversario de la Póliza en forma automática.

Para Pólizas referenciadas en Moneda Nacional, se incrementará anualmente de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) publicado por el Banco de México, observados durante los 12 (doce) meses inmediatos anteriores a la fecha de ajuste, esta última será 3 (tres) meses antes de la fecha de renovación de la Póliza.

Para Pólizas referenciadas en Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, el cálculo del incremento correspondiente se hará 2 (dos) meses antes de la fecha efectiva del incremento basado en los cambios del Consumer Price Index (Índice de Precios al Consumo) de los Estados Unidos de Norteamérica observados durante los 12 (doce) meses inmediatos anteriores a la fecha del cálculo del ajuste.

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 de la edad del Asegurado que tenía al momento de la emisión de la Póliza y se calculará a partir 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 afecte la Póliza por el pago de cualquier cobertura adicional contratada.
- b) Cuando el Contratante cancele estos incrementos, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía y solo podrá solicitarse a partir del inicio del 3° (tercer) año de vigencia de la Póliza.

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, 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 de Indisputabilidad y Suicidio.

e) Incrementos no programados de Suma Asegurada

En cualquier momento el Contratante podrá solicitar por escrito incrementos de Suma Asegurada, siempre que:

- a) No haya alcanzado la edad de 70 (setenta) años.
- b) La Póliza no haya sido afectada por el pago de alguna cobertura adicional contratada.
- c) 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 de 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. El incremento en la Suma Asegurada entrará en vigor una vez que el Costo del Seguro incluya el aumento correspondiente, lo cual sucederá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de aceptación por parte de la Compañía.

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 70 (setenta) años.
- b) Cuando se afecte la Póliza por el pago de Siniestros de cualquier cobertura adicional contratada.
- c) A petición del Asegurado, decisión que deberá ser comunicada por escrito a la Compañía.

f) Disminución de Suma Asegurada

A partir del inicio del 3° (tercer) año de vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía disminuciones en el importe de su protección, siempre que se respeten los límites mínimos de Suma Asegurada establecidos por la Compañía y esta se solicite con 30 (treinta) días de anterioridad a la fecha de pago convenida por las partes.

La nueva Prima se ajustará a la Suma Asegurada solicitada, misma que se calculará de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La disminución de Suma Asegurada procederá siempre que esta se solicite con anterioridad a la fecha de pago que corresponda. Los pagos de Prima subsecuentes contarán con la disminución solicitada, los pagos efectuados con anterioridad a la solicitud de disminución de Suma Asegurada, no serán objeto de reembolso por haberse corrido el riesgo sobre la Suma Asegurada por ese periodo.

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.

g) Pruebas de asegurabilidad

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

h) Seguro mancomunado

En caso de contratarse esta modalidad en el seguro, la cobertura básica, los beneficios incluidos y las coberturas adicionales aplicarán igual tanto para el Asegurado como para el Segundo Asegurado,

excepto las coberturas de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI) y Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI), mismos que no cubren al Segundo Asegurado.

Para el cálculo de la Prima, se tomará la edad del Asegurado y del Segundo Asegurado y con base en la tabla de edades equivalentes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará la edad de cálculo para establecer la Prima de Seguro y por consiguiente el Costo del Seguro.

La aplicación de esta cláusula en el Contrato de Seguro, observará los lineamientos siguientes:

- a) Para fines de esta cláusula, al Segundo Asegurado se le nombrará Asegurado Mancomunado. En el endoso de Asegurado Mancomunado se hará constar su nombre y calidad como Asegurado.
- b) Todas las condiciones estipuladas en la Póliza son aplicables para ambos Asegurados (Asegurado y Asegurado Mancomunado); por lo tanto, cualquier requisito de asegurabilidad que se estipule aplicará para ambos, así como cualquier derecho deberá ser ejercido conjuntamente, excepto el uso y disposición del Valor en Efectivo, sobre el cual solamente tiene derecho el Contratante.
- c) En caso de ocurrir a cualquiera de los Asegurados (Asegurado y/o Segundo Asegurado) alguno de los riesgos cubiertos por este seguro, se cubrirá el primer evento, cancelándose la cobertura afectada; o en caso de fallecimiento, el seguro.
- d) Para la cobertura de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI), en caso de Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado se entiende que aplica la cancelación de las coberturas adicionales y únicamente continuará con la protección de la cobertura básica, la Asistencia Funeraria y la Asistencia en Viajes.
- e) En caso de fallecimiento del Asegurado o Asegurado Mancomunado, se seguirán las siguientes reglas:
 1. La Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada más el Valor en Efectivo a los Beneficiarios del primero de los Asegurados que fallezca, quedando cancelado el seguro.
 2. En caso de fallecimiento simultáneo, la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento se distribuirá 50% (cincuenta por ciento) entre los Beneficiarios de un Asegurado y 50% (cincuenta por ciento) para los Beneficiarios del otro.
 3. En caso de sufrir Invalidez Total y Permanente y haber contratado la cobertura de Pago Adicional por Invalidez Total y Permanente (PAI):
 - a) La Compañía pagará la Suma Asegurada alcanzada al Asegurado después de transcurrir el Periodo de Espera, cancelándose esta cobertura.
 - b) En caso de presentarse Invalidez Total y Permanente de forma simultánea, la Suma Asegurada de la cobertura por invalidez se pagará al Asegurado después de transcurrir el Periodo de Espera, cancelándose esta cobertura.
 - c) Adicionalmente, si se contrató la cobertura de Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI), y si el Asegurado sufriera Invalidez Total y Permanente, la Compañía tomará del Valor en Efectivo el Costo del Seguro por el riesgo de fallecimiento, después de transcurrido el Periodo de Espera.

V. Descripción del seguro

1. Cobertura Básica o por Fallecimiento

Si durante el plazo del Contrato de Seguro y, estando al corriente en el pago de la Prima Básica, ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará el Beneficio por Fallecimiento al(los) Beneficiario(s) de acuerdo con la opción contratada (Nivelado o Creciente), en una sola exhibición o en dos (2) exhibiciones en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento.

El Contratante puede cambiar la opción de Beneficio por Fallecimiento en cualquier momento previo al fallecimiento del Asegurado solicitando por escrito a la Compañía dicho cambio.

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

2. 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 del Beneficio por Fallecimiento del Asegurado, por rescate de la Póliza, o cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro. En el último caso, el Contratante contará con 30 (treinta) días naturales para cubrir el Costo del Seguro antes de la cancelación de su Póliza, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3. Edades de aceptación

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

VI. 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 equivalente a 30% de la Suma Asegurada alcanzada por la Cobertura Básica, siempre y cuando esta cantidad no supere el equivalente a 3 (tres) años de Salario Mínimo General Anual Vigente en el Distrito Federal, a la fecha del fallecimiento.

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 no programado 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 porcentaje anticipado sobre el total de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Beneficiario y el remanente 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 este 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, este 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 la cláusula de Indisputabilidad, en caso de que al Asegurado o al Segundo 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.

Además de las Enfermedades Terminales aquí citadas, se considerará 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 la Enfermedad Terminal por su médico tratante (especialista en la materia), mismos que la Compañía evaluará por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión. 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 requiera 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 a la Compañía el estado de Enfermedad Terminal 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 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:

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, con 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:

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.

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos 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:

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.

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 la Enfermedad Terminal.

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.

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 solo una de las Enfermedades Terminales 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, estos 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 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. La Compañía se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

Exclusiones

Quedan excluidas las Enfermedades Terminales 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, deberá liquidarlo la Compañía.

VII. Coberturas adicionales

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

1. Coberturas adicionales por Invalidez Total y Permanente

a) Definición de Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá por Invalidez Total y Permanente lo siguiente:

1. La pérdida total e irreversible de facultades o aptitudes que imposibilite al Asegurado para desempeñar cualquier trabajo remunerado o no por el resto de su vida, como consecuencia de:
 - a) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta, o
 - b) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
 - c) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
2. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de 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, como consecuencia de:
 - a) Una enfermedad diagnosticada al Asegurado, declarada en la solicitud de seguro a la Compañía y aceptada por esta, o

- b) Una enfermedad no diagnosticada al Asegurado y, en consecuencia, desconocida y no declarada por este, o
- c) De un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Para efectos del inciso 1, 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 con un médico especialista en la materia. En caso de determinar la improcedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por otro médico con cédula profesional especialista en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta, mismo que el Asegurado elegirá de entre 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 (ECMI y PAI)
No aplican para el Segundo Asegurado.**

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

1. Exención de Costos del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ECMI)

Esta cobertura aplica únicamente cuando el Contratante sea también Asegurado.

En el caso de que al Asegurado le sea dictaminado el estado de Invalidez Total y Permanente y haya transcurrido el Periodo de Espera para esta cobertura, la Compañía lo eximirá de los Costos del Seguro de la cobertura por Fallecimiento a fin de que continúe protegido por la misma cobertura y quedará excluido de las coberturas adicionales.

Cualquier Prima pagada posterior a la invalidez será considerada Prima Excedente.

Una vez otorgado el beneficio de esta cobertura y cuando lo estime conveniente, aunque no más de una vez al año, la Compañía puede exigir al Asegurado la comprobación de la continuidad del estado de Invalidez Total y Permanente.

La cobertura básica quedará de este modo vigente cancelándose las coberturas adicionales en forma automática una vez que se determine procedente esta cobertura, con excepción del Apoyo Económico por Gastos Funerarios y la Asistencia Funeraria que continuarán vigentes.

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

Si durante la vigencia de esta cobertura, y una vez transcurrido el Periodo de Espera se comprobara el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada alcanzada para esta cobertura.

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, 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 de 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 por culpa grave se provoque 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 lo derivado de estas.

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

4. Por Enfermedades Preexistentes conocidas y no declaradas por el Asegurado a la Compañía

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.
2. Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.
3. Al término del plazo de seguro.
4. Una vez que la Compañía hubiera indemnizado al Asegurado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.
5. Al finalizar el aniversario en que hubiera procedido el pago por Pérdidas Orgánicas conforme a la cobertura Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y/o Muerte Accidental Colectiva (DIPOC).
6. Si se niega a la comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente.

2. Coberturas adicionales por Accidente

a) Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá por:

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 considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Anquilosis

Fijación total 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 (DI)

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, por concepto de indemnización, la Suma Asegurada alcanzada por esta cobertura.

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

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 en una sola exhibición, por concepto de indemnización, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada por esta cobertura señalada 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.

d) Indemnización máxima

Queda expresamente convenido que la responsabilidad de la Compañía, en las coberturas de Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada vigente en estas coberturas, aun cuando el Asegurado o Segundo 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 se reducirá en el monto pagado por aquella en caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del Asegurado o Segundo Asegurado a consecuencia del mismo Accidente.

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, 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 de 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 por culpa grave se provoque el Asegurado, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de enervantes, estimulantes o drogas, aun cuando 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, como consecuencia del mismo.**

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

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. En la opción mancomunada se cancelará esta cobertura cuando la edad de cálculo sea 70 (setenta) años.
2. Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir el Costo del Seguro.
3. Al término del plazo de seguro.
4. Al término del aniversario en que hubiera procedido cualquiera de las coberturas de Invalidez Total y Permanente.
5. Al finalizar el aniversario en que se hubiera pagado alguna de las indemnizaciones de las coberturas por Accidente o por Pérdidas Orgánicas.

3. Cobertura de Cáncer (CDC)

Esta cobertura podrá ser contratada para el Asegurado y aplica solo si se detalla en la carátula de la Póliza o en el endoso de inclusión correspondiente.

3.1. Definiciones

Para efectos de esta cobertura se entenderá por:

1. Cáncer In Situ

Tumor maligno localizado en una zona muy específica, incipiente y sin invasión a ninguna estructura cercana o a otra parte del cuerpo que se califique como diseminación o metástasis.

2. Cáncer No Metastásico

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 y órganos cercanos, con o sin invasión a ganglios linfáticos regionales, sin evidencia de otros tumores en otras partes del cuerpo alejadas del tumor inicial o primario, por diseminación o metástasis (sanguínea o linfática). Se incluyen melanoma maligno, sarcoma, leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin todas ellas en su forma no diseminada, excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.

3. Cáncer Metastásico

La presencia de uno o más tumores malignos, cuyas 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 melanoma maligno, sarcoma, leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin todas ellas en su forma diseminada, excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.

4. Diagnóstico de Cáncer

Es la integración y análisis de los estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y específicos que demuestran la existencia de un tumor maligno, sea de tipo No Metastásico o Metastásico; plasmado en un informe detallado, fechado y firmado por un médico especialista en oncología, legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad.

5. 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 en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro (LSCS).

3.2. Descripción de la Cobertura

Si durante la vigencia de esta cobertura y una vez transcurrido el Periodo de Espera se diagnostica Cáncer No Metastásico al Asegurado; la Compañía pagará el beneficio de Anticipo de Indemnización por Cáncer No Metastásico.

Si durante la vigencia de esta cobertura y una vez transcurrido el Periodo de Espera, se diagnostica Cáncer Metastásico al Asegurado; la Compañía le pagará la Suma Asegurada vigente para esta cobertura; o bien, el remanente correspondiente en caso de haberse pagado el beneficio de Anticipo de indemnización por Cáncer No Metastásico.

Estos pagos están sujetos a lo especificado en el apartado 3.4. Indemnización de la Cobertura.

3.3. Periodo de Espera

Para que esta cobertura tenga efecto se establece un Periodo de Espera de 3 (tres) meses continuos e ininterrumpidos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

3.4. Indemnización de la Cobertura

1. Cáncer Metastásico

La Compañía se obliga a pagar al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda, el 100% de la Suma Asegurada vigente para esta cobertura, en caso de tener el diagnóstico de cáncer Metastásico. Se incluyen melanoma maligno, sarcoma, leucemia, linfoma, y la enfermedad de Hodgkin, todas ellas en su forma diseminada, **excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.** Lo anterior estará sujeto a las siguientes condiciones:

1. Que la Póliza y, en su caso, el endoso de inclusión de esta cobertura se encuentren vigentes al momento del Diagnóstico de Cáncer.
2. Que se cumpla con el Periodo de Espera establecido para esta cobertura.
3. Se presenten las pruebas de la ocurrencia del evento.

La Suma Asegurada vigente que se pague por esta cobertura no podrá ser mayor a la estipulada por la Compañía al momento de la emisión ni superior a la estipulada para la Cobertura de Fallecimiento.

En caso de hacerse efectivo el beneficio de anticipo de indemnización por Cáncer No Metastásico, la Suma Asegurada total vigente para esta cobertura se reducirá en la misma cantidad del anticipo pagado, quedando como pago final de esta cobertura el remanente entre la Suma Asegurada total vigente menos el monto total del anticipo pagado.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre como consecuencia de Cáncer Metastásico antes de la presentación de la reclamación o durante el trámite de la misma, la Suma Asegurada para esta cobertura se pagará a los Beneficiarios designados para la Cobertura de Fallecimiento, en caso de haberse pagado el beneficio de Anticipo de Indemnización por Cáncer No Metastásico al Asegurado se indemnizará a los Beneficiarios por el remanente correspondiente para esta cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas para ejercer el derecho que ampara esta cobertura. (Ver inciso 2. Anticipo de indemnización por Cáncer No Metastásico)

Esta cobertura protege al Asegurado por un solo evento y única ocasión. Al efectuarse alguna reclamación por el Asegurado, no podrá contratarse nuevamente la cobertura.

2. Anticipo de indemnización por Cáncer No Metastásico

La Compañía anticipará el equivalente a 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada total vigente para esta cobertura, si se diagnostica Cáncer No Metastásico al Asegurado. Lo anterior estará sujeto a las siguientes condiciones:

1. Que la Póliza y, en su caso, el endoso de inclusión, se encuentren vigentes al momento del diagnóstico.
2. Que dentro del diagnóstico de Cáncer No Metastásico se determine la necesidad de cualquier tipo de tratamiento, terapia y/o cirugía, indicado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad. Para efectos de este anticipo se incluyen melanoma maligno, sarcoma, leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin; todas ellas en su forma no diseminada, **excepto las especificadas en el apartado de exclusiones de la cobertura.**
3. Que se cumpla con el Periodo de Espera establecido para esta cobertura.
4. Se presenten las pruebas de la ocurrencia del evento.
Esta Indemnización parcial cubre al Asegurado por un solo evento y por única ocasión. Al efectuarse alguna reclamación por el Asegurado, no podrá contratarse nuevamente la cobertura.

3.5. Comprobación del cáncer

A fin de determinar la procedencia del pago por esta cobertura, el Asegurado o sus Beneficiarios, en caso de fallecimiento como consecuencia de un Cáncer, deberán acreditar a la Compañía la existencia de un tumor maligno, No Metastásico o Metastásico, mediante la presentación del Diagnóstico detallado, fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad; acompañado de estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y específicos.

La Compañía se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico especialista en oncología legalmente autorizado y certificado para ejercer su profesión y especialidad, nombrado y designado por ella.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa del diagnóstico de cáncer preexistente, el reclamante podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del reclamante y la Compañía. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

3.6. Edad de Aceptación y Cancelación

Los rangos de edad para esta cobertura son:

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

La edad máxima de renovación para efectos de esta cobertura será de 65 (sesenta y cinco) años.

3.7. Exclusiones de la Cobertura de Cáncer

Esta cobertura no aplica en los siguientes casos:

- 1. Tratándose del Asegurado Mancomunado.**
- 2. Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial o un crecimiento prematuro invasivo (pre maligno), cáncer In Situ (en sitio) y cualquier cáncer con bajo grado potencial de malignidad o carcinoide, dictaminado por histopatología (estudio de las células de una parte del organismo) y por el médico especialista como diagnóstico final.**
- 3. Carcinomas basocelulares y espinocelulares.**
- 4. Linfoma cutáneo confinado exclusivamente a piel.**
- 5. Todos los tumores de próstata que histológicamente de acuerdo con la Clasificación de Gleason (esquema de puntuación específico para cáncer de próstata que establece su severidad) estén catalogados de Gleason 1 a Gleason 6 o en la clasificación TNM (sistema para clasificar tumores malignos sólidos que indica tamaño, extensión a ganglios linfáticos y diseminación) menores a T2N0M0.**
- 6. Leucemia Linfocítica Crónica en Estadio A de acuerdo con el Sistema de Clasificación de Binet (criterios que determinan el grado de propagación y pronóstico específicos para la Leucemia Linfocítica Crónica).**
- 7. Sarcoma de Kaposi y otros tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).**
- 8. Enfermedades Preexistentes.**

3.8. Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguna de las siguientes causas:

1. Al aniversario de la Póliza en la que el Asegurado cumpla con la edad de 65 (sesenta y cinco) años o al término de plazo de pago establecido en la carátula de Póliza para esta cobertura, lo que ocurra primero.
2. Por falta de pago de Primas o cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para cubrir los Costos del Seguro.
3. Cuando la Compañía pague el total de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura.
4. Al término del plazo de la Cobertura.
5. A solicitud expresa del Contratante.
6. Con la indemnización de la Cobertura de Fallecimiento.

4. Cobertura adicional por Gastos Funerarios

a) Descripción

Para efectos de esta cobertura el Asegurado podrá designar como Asegurados al cónyuge y a sus hijos dependientes económicos de acuerdo con lo siguiente:

Serán considerados como Asegurados para esta cobertura el Asegurado, su cónyuge e hijos dependientes económicos solteros que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años. Los hijos del Asegurado y su cónyuge que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha de su nacimiento y continuarán asegurados durante la vigencia de la cobertura mientras estos sean considerados sus dependientes; de ser el caso, el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Compañía los nacimientos ocurridos dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del evento.

Esta cobertura únicamente estará vigente siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida, en caso contrario esta cobertura se cancelará con la muerte del Asegurado.

1. Gastos Funerarios Individual

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

2. Gastos Funerarios Cónyuge

En caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge declarado por el Asegurado, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura. Esta cobertura continuará vigente siempre y cuando el Asegurado sobreviva.

3. Gastos Funerarios Hijos

En caso de ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los hijos del Asegurado, la Compañía pagará a este la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura con un máximo de 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal. Esta cobertura continuará vigente siempre y cuando el Asegurado sobreviva.

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, para los dependientes de 0 (cero) a 24 (veinticuatro) años.

c) Indemnización por Gastos Funerarios

La Suma Asegurada contratada para esta cobertura y que aparece en la carátula de la Póliza se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado, a más tardar dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

d) Cancelación

Esta cobertura se cancelará para el Asegurado, cónyuge e hijos en caso de:

1. Fallecimiento del Asegurado.
2. Que el Asegurado alcance la edad de 80 (ochenta) años.
3. Indemnización por el pago del Siniestro por la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

VIII. Cláusulas generales

1. Designación de Beneficiarios

El Asegurado y el Segundo Asegurado tendrán 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 169 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 176 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 existen varios Beneficiarios y fallece alguno de ellos, el porcentaje de la Suma Asegurada que le haya sido designado 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 solo 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 la Prima

Se deberá pagar la Prima anual de la cobertura básica y cada cobertura adicional contratada, así como las Extraprimas que en su caso apliquen, 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, sin que se aplique recargo por pago fraccionado.

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 esta. 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 de Continuación Automática. En caso de agotarse el Valor en Efectivo, el Contrato de Seguro se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Los pagos de Prima Básica o Prima Excedente 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 (Básica y/o Excedente) a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero), este se recibirá salvo buen cobro.

3. Moneda

Este Contrato de Seguro estará referenciado en Moneda Nacional o Dólares de los Estados Unidos de América, de acuerdo con lo especificado en la carátula de la Póliza.

El pago de la Prima y de las indemnizaciones que en su caso corresponda serán liquidadas en Moneda Nacional conforme a lo dispuesto en la Ley Monetaria vigente al momento de efectuarse 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 América

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 con la entrega del 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 América 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 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 Asegurado o Contratante solicite alguna cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada y la Compañía requiera cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad para tal inclusión o incrementos, estas coberturas adicionales o incrementos serán disputables durante los primeros 2 (dos) años a partir del inicio de la vigencia de la cobertura adicional o incremento en la Suma Asegurada. Después de transcurrido ese periodo, 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 lo(s) 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 cuando estos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

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, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre la realización del Siniestro, a fin de determinar las circunstancias y consecuencias del mismo, tal y como lo disponen los artículos 69 y 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 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 este 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 o Segundo 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 o Segundo 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 2 (dos) años 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 y Segundo 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 Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente; sujetándose, en todo caso, a lo establecido en las cláusulas de 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.

En caso de agravación esencial del riesgo durante el curso del seguro, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía 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, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

11. Suicidio

En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado o del Segundo 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 importe del Valor en Efectivo disponible en la fecha que ocurra el fallecimiento, de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 la inclusión de coberturas adicionales.

En caso de haberse cubierto el Anticipo por Enfermedad Terminal dentro del plazo de 2 (dos) años a que se refiere esta cláusula y, de ocurrir el suicidio dentro del plazo antes citado, el porcentaje restante de la cobertura por fallecimiento no se cubrirá al (a los) Beneficiario(s) por virtud de esta cláusula.

12. Comprobación del Siniestro

La Compañía solicitará en caso de Siniestro que se le presente en original la documentación que se enlista enseguida, adicional a la que se mencione en cada cobertura de este Contrato de Seguro:

- a) Póliza original.
- b) Último recibo de pago.
- c) Solicitud de reclamación.
- d) Acta de nacimiento del Asegurado.
- e) Acta de defunción.
- f) Dictamen médico en donde se determine las causas que dieron lugar a la enfermedad o invalidez.
- g) Identificación oficial del Asegurado.

No obstante los documentos antes listados, la Compañía tiene derecho de solicitar al Contratante, Asegurado, Segundo Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Siniestro o con cualquier reclamación relativa a las coberturas contratadas, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tan pronto como el Asegurado, Segundo Asegurado o Beneficiario, en su caso, tenga conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor deberá ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, para los cuales deberá darlo a conocer 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.

Para el cálculo de la edad en caso del seguro mancomunado, se tomará la edad del Asegurado y del Segundo Asegurado y con base en la tabla de edades equivalentes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará la edad de cálculo que se considerará para establecer la Prima Básica y por consiguiente el Costo del Seguro.

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 Compañía, la Compañía rescindiré 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 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a continuación se indica:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una 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;
- II. 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 hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. 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, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta 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 el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

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 Compañía o comprobado en juicio, lo anterior de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado o, en su caso, el Beneficiario deberá notificar a la Compañía tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor. Deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, y otorgar el pago tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

Artículo 84

“Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta 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 pago.”

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.

Para las reclamaciones en caso de fallecimiento, estas 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, estas 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 de 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 esta 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

Periódicamente se le enviará al Contratante un Estado de Cuenta, el cual cumplirá con las disposiciones establecidas en el artículo 207 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el Capítulo 4.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, para la emisión de Estados de Cuenta.

El Contratante, no obstante lo anterior, 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, en caso de ocurrir alguno de los siguientes supuestos:

- a) Pago de la Suma Asegurada por el fallecimiento del Asegurado.
- b) La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Asegurado o 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 la Póliza estuvo en vigor.
- c) Al término de la vigencia de este Contrato de Seguro.
- d) Conforme a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.
- e) A petición del Contratante, decisión que deberá comunicarse por escrito a la Compañía con 30 (treinta) días de anticipación al aniversario de la Póliza.
- f) Cuando el Valor en Efectivo no sea suficiente para mantener la Póliza en vigor, la vigencia del Contrato de Seguro finalizará automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del plazo legal para el pago de la Prima, en cuyo caso la Compañía no se obliga a notificar al Asegurado de la cancelación del Contrato de Seguro.
- g) Al pagarse el valor de rescate.

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.

IX. Asistencia Funeraria

1. Disposiciones previas

La Compañía será la responsable por los Servicios de Asistencia que se proporcionan por un tercero.

2. Definiciones

Las siguientes definiciones aplican para esta sección.

- a) **Accidente**
Todo acontecimiento ajeno a cualquier voluntad humana, que provoque daños físicos a un Asegurado, originado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita, súbita y evidente (excluyendo la Enfermedad), que ocurra durante la vigencia de este contrato y de la Póliza de Seguro de Vida.
- b) **Asegurado**
El Asegurado Titular de la Póliza de Seguro de Vida, emitida por AXA Seguros S.A. de C.V., para personas residentes de manera permanente en los Estados Unidos Mexicanos.
- c) **Enfermedad**
Cualquier alteración en la salud del Asegurado que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida de viaje del Asegurado y durante la vigencia de la Póliza.
- d) **Equipo Médico**
El personal médico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia para un Asegurado.
- e) **Equipo Técnico**
El personal técnico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia para un Asegurado.
- f) **Familia**
Padre, madre, cónyuge, hermanos e hijos de un Asegurado.
- g) **Fecha de Inicio**
La Fecha de Inicio de los Servicios Asistenciales será la misma que la de la Póliza y tendrán la misma vigencia que esta.
- h) **País de Residencia**
Estados Unidos Mexicanos.
- i) **Póliza**
La Póliza de Seguro de Vida válida, vigente y emitida por AXA Seguros S.A. de C.V. en los Estados Unidos Mexicanos.
- j) **Representante**
Cualquier persona, sea o no acompañante del Asegurado, que realice cualquier trámite para posibilitar la gestión de los Servicios de Asistencia.
- k) **Residencia Permanente**
El domicilio habitual, en los Estados Unidos Mexicanos, de un Asegurado que conste en la carátula de la Póliza de Seguro de Vida de AXA Seguros S.A. de C.V.
- l) **Servicios de Asistencia**
Los Servicios de Asistencia que se gestionan para los Asegurados, en los términos de estas condiciones generales, para los casos de su Situación de Asistencia.
- m) **Situación de Asistencia**
Todo acontecimiento ocurrido al Asegurado en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.
- n) **Titular de la Póliza**
La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza de Seguro de Vida emitida por la Compañía.

3. Coordinación y asesoría para trámites funerarios

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado desde la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado hasta toda la República Mexicana.

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de Accidente o Enfermedad y a petición de algún miembro de su Familia o de su Representante, la Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia, organizará, coordinará y asesorará en los trámites funerarios necesarios que se ocasionen por fallecimiento del Asegurado, tales como:

- a) Tramitación legal y administrativa ante el Ministerio Público local y/o federal y ante el servicio médico forense en caso de que el deceso ocurra en circunstancias violentas o se relacione con la investigación de un delito.
- b) Atención y solución de problemas legales y administrativos con relación al deceso para la tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.
- c) Referencia y coordinación con la agencia funeraria a fin de reservar sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación, de acuerdo con las instrucciones de la Familia y/o el Representante.

Los costos que se originen por este servicio deberán cubrirse por la Familia y/o el Representante del Asegurado directamente al prestador del servicio, cuando este así se los solicite.

4. Traslado en caso de fallecimiento o entierro en la ciudad de residencia

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado en todo el mundo, siempre que este se requiera cuando el Asegurado se encuentre a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su ciudad de Residencia Permanente.

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de Accidente o Enfermedad, la Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos Servicios de Asistencia realizará y se hará cargo de todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal), consistentes en:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación o cremación en la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado.
- b) A petición de la Familia o del Representante del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La Compañía, a través del tercero designado para la prestación de estos servicios, se hará cargo de estos gastos solo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso del traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

5. Obligaciones de la Familia o del Representante del Asegurado

El uso de los Servicios de Asistencia Funeraria de la Compañía implica la conformidad de la Familia o Representante del Asegurado con este beneficio.

a) Solicitud de asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción o trámite, la Familia o el Representante del Asegurado se deberá comunicar al teléfono que determine la Compañía y proporcionará los datos siguientes:

1. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde se le podrá contactar, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
2. El nombre del Asegurado fallecido y su número de Póliza.
3. Describirá el problema. El Equipo Médico y el Equipo Técnico tendrán libre acceso al Asegurado y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso les es negado, no se tendrá la obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

b) Normas generales

1. Precauciones
La Familia o el Representante del Asegurado están obligados a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir las Situaciones de Asistencia.

-
2. **Cooperación**
La Familia o el Representante del Asegurado deberá cooperar con la Compañía para facilitarle a esta la recuperación de los gastos erogados por los Servicios de Asistencia que se hayan prestado a favor de cualquier tercero, mediante la aportación de los documentos necesarios y ayudar a completar las formalidades requeridas.
 3. **Subrogación**
La Compañía se subrogará, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un hecho que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.
 4. **Personas que prestan los Servicios de Asistencia**
Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que la Compañía, no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones de Servicios de Asistencia, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.
 5. **Prescripción de las reclamaciones**
Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

6. Exclusiones

- a) **Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes del inicio de la vigencia de la Póliza o tras el término de la vigencia de la misma, no dan derecho a los Servicios de Asistencia, aun en los casos de cancelación por falta de pago de las Primas mensuales del Asegurado.**
- b) **La Familia o el Representante del Asegurado no tendrán derecho a ser reembolsados por ningún gasto que hubieran erogado por cualquiera de los conceptos que se mencionan en estos Servicios de Asistencia.**
- c) **Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y hospitalario.**
- d) **También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 1. **Operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil declarada o no, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas que intervengan en dichos actos con motivo de sus funciones. Actos de terrorismo de una o varias personas que actúen en forma anónima, propia o a nombre y por encargo de, o en conexión, con cualquier organismo.**
 2. **Autolesiones o participación del Asegurado en actos delictivos o criminales.**
 3. **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 4. **Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa mas no limitativa.**

5. Suicidio dentro de los primeros 2 (dos) años de antigüedad de la Póliza.
6. Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas, si estas circunstancias influyeron en forma directa en la Situación de Asistencia.
7. Los causados por mala fe del Asegurado.

X. Asistencia en Viajes

1. Disposiciones previas

La Compañía será la responsable por los Servicios de Asistencia que se proporcionan por un tercero.

2. Asistencias en el mundo entero

Las asistencias operan dentro de la República Mexicana y en todos los países del extranjero, la prestación de la asistencia iniciará cuando el Asegurado se encuentre a más de 80 (ochenta) kilómetros de su residencia permanente cuando esta sea en la Ciudad de México y a más de 50 (cincuenta) kilómetros para los residentes permanentes en los demás Estados de la República Mexicana, en ambos casos los kilómetros se cuentan a partir del centro de la población correspondiente.

a) Repatriación o Traslado al Domicilio

En caso de fallecimiento del Asegurado se realizarán todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y la empresa de servicio se hará cargo de:

1. El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de Residencia Permanente del Asegurado.
2. A petición de los herederos o representantes del Asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, hasta el límite de equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo.

b) Boleto Viaje Redondo para un Familiar del Asegurado Fallecido

Se pagará un boleto de avión para viaje redondo "clase económica" para un familiar del Asegurado fallecido, cuando se requiera su presencia, desde la ciudad de residencia del Asegurado hasta el lugar del fallecimiento.

c) Transmisión de Mensajes Urgentes

La transmisión de mensajes urgentes derivados de una Situación de Asistencia en cualquiera de los beneficios descritos en estas condiciones generales.

3. Asistencias exclusivas en el extranjero

Operan en todos los países del extranjero a más de 80 (ochenta) kilómetros de la población de residencia permanente del Asegurado, por Accidente o Enfermedad, **se excluye República Mexicana.**

a) Referencia Médica por Emergencia

Referencia médica por emergencia las 24 (veinticuatro) horas de los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, incluye la concertación de visita de un médico o la cita en su consultorio o en el centro hospitalario más cercano a cargo del Asegurado.

b) Traslado Médico

En caso de que el Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente y el médico que lo atiende en conjunción con el Equipo Médico de la empresa de servicio recomienden la hospitalización se organizará y pagará:

- 1) El traslado al centro hospitalario más cercano.

-
- 2) Si fuera necesario por razones médicas:
- a) El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyendo sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea comercial o ambulancia terrestre) al centro hospitalario más apropiado a las lesiones del Asegurado.
 - b) Si las condiciones médicas permiten la repatriación del Asegurado, el Equipo Médico de la empresa de servicio organizará la Repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al hospital o centro médico más cercano a su residencia permanente.
- c) Repatriación o Traslado al Domicilio**
Si el Asegurado, después del tratamiento médico local, según el criterio del médico tratante en conjunción con el Equipo Médico de la empresa de servicio, no puede regresar a su Residencia Permanente como pasajero normal o no puede utilizar los medios inicialmente previstos se organizarán y pagarán los gastos suplementarios de traslado por avión de línea comercial.
- d) Repatriación de Menores Acompañantes**
Si el Asegurado ha sido transferido o repatriado, en caso de haber utilizado los beneficios descritos en Repatriación o Traslado a Domicilio en el mundo entero, Traslado Médico y/o Repatriación o Traslado al Domicilio en el extranjero, se otorgará la repatriación de los menores de 15 (quince) años, que hayan quedado desamparados y que estén viajando con el Asegurado, hasta la Residencia Permanente del Asegurado.
- e) Boleto Viaje Redondo para un Familiar**
Si el Asegurado va a estar hospitalizado por más de 10 (diez) días, se pagará un boleto de avión para viaje redondo de clase económica con origen en la ciudad de residencia del Asegurado y gastos de estancia de hasta 100 (cien) dólares por día, con un máximo de 10 (diez) días naturales consecutivos en la población donde suceda el evento.
- f) Asistencia Legal**
Se cubre el pago de la defensa jurídica en caso de un Accidente no relacionado con la actividad profesional del Asegurado, contra casi cualquier proceso civil en su contra y que dicho proceso represente daños a terceros mayores de 200 (doscientos) dólares, incluye honorarios de abogados y pago de fianzas, hasta por un máximo de 2,000 (dos mil) dólares por año.
La Compañía y la Empresa de Servicio no serán en ninguna circunstancia avales del Asegurado. Este beneficio no aplica en caso de cargos o demandas en contra del Asegurado por posesión o consumo de drogas, estupefacientes o enervantes, ingestión de bebidas alcohólicas, así como darse a la fuga del lugar de los hechos.
- g) Asistencia Administrativa**
En caso de extravío o robo de pasaporte, visas o boletos de avión se le asesorará al Asegurado para realizar las formalidades necesarias, ante las autoridades competentes para la obtención de la recuperación, sustitución o reemplazo de dichos documentos. No incluye pago de derechos ni honorarios por este Servicio de Asistencia.
- h) Rastreo, Búsqueda y Transportación de Equipaje Documentado u Objetos Personales Perdidos o Robados**
Se rastrearán dichos objetos con la(s) línea(s) aérea(s) comerciales y de recuperarse, las enviarán al siguiente punto de destino del Asegurado o a su Domicilio Permanente.
- i) Gastos de Hospedaje por Convalecencia**
Si después de la hospitalización y por recomendaciones del médico tratante, en conjunción con el Equipo Médico de la empresa de servicio, se requiere la permanencia del Asegurado, se organizará el acomodo en un hotel seleccionado por el Asegurado y se pagarán los gastos de hospedaje hasta un máximo de 100 (cien) dólares diarios, con un límite máximo de 5 (cinco) días consecutivos.

4. Exclusiones

- a) **Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el Asegurado en contra de la prescripción del médico de cabecera o después de 60 (sesenta) días naturales de viaje, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- b) **Las situaciones originadas a consecuencia directa o indirecta de:**
 - 1) **Huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - 2) **Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.**
 - 3) **La participación del Asegurado en combate, salvo en caso de defensa propia.**
 - 4) **La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - 5) **La participación del Asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones.**
 - 6) **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear de la radioactividad de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - 7) **Cualquier Enfermedad Preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la enfermedad.**
 - 8) **Embarazos en los últimos 3 (tres) meses antes de la “fecha probable del parto”, así como este último y los exámenes prenatales.**
 - 9) **Enfermedades mentales o alienación.**
 - 10) **Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
 - 11) **Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.**
 - 12) **Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
 - 13) **Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
 - 14) **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
 - 15) **La participación del Asegurado en aeronáutica o aviación, excepto como pasajero de una aerolínea autorizada y operada por un piloto con licencia comercial o propiedad de una aerolínea comercial.**

Estos servicios no dan derechos a reembolsos, ya que, todos ellos serán coordinados, organizados y contratados directamente por la empresa de servicio, pues se trata de que el Asegurado reciba la ayuda en las Situaciones de Asistencia y nunca que él deba contratarlos y mucho menos pagarlos (excepto el beneficio de Referencia Médica por Emergencia).

5. Procedimiento para solicitar la asistencia

- a) Para recibir estos servicios, se deberán comunicar al teléfono que determine la Compañía.
- b) Dar su nombre y número de Póliza.
- c) Indicar a la oficina de servicio el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo pueden contactar a él o a su Representante.
- d) Dar una descripción del tipo de dolencia o problema y la asistencia requerida.

En caso de no seguir con el procedimiento descrito o negar el acceso a la historia clínica se perderán los beneficios de este Servicio de Asistencia.

XI. Artículos citados

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, 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 conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.	Art. 10
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.	Art. 25
En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de estas vencerá al comienzo del período que comprenda.	Art. 37
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 40
Cualquiera 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.	Art. 47
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.	Art. 66
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Art. 69
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	Art. 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.	Art. 76
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.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, esta 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 pago.	Art. 84
Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.	Art. 169
Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas: I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una 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; II. 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 hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. 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, y IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta 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 el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.	Art. 172
El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.	Art. 176
LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;	Art. 50 Bis

<p>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;</p> <p>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;</p> <p>IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y</p> <p>V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.</p> <p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	<p>Art. 50 Bis</p>
<p>Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	<p>Art. 65</p>
<p>La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento</p>	<p>Art. 66</p>
<p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación solo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.</p> <p>La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;</p>	<p>Art. 68</p>

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

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

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

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

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

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que esta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

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

Art. 68

<p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p> <p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	<p>Art. 68</p>
<p>LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS</p>	
<p>Las Instituciones de Seguros deberán enviar al domicilio que señalen en los contratos respectivos o al que posteriormente indiquen los asegurados o contratantes de operaciones de seguro con componentes de inversión, el estado de cuenta correspondiente a las operaciones y servicios con ellas contratadas, el cual será gratuito.</p> <p>Tratándose de la inversión de los recursos derivados de las operaciones de administración a que se refieren las fracciones XXI, XXII y XXIII del artículo 118 de esta Ley, las Instituciones de Seguros deberán enviar gratuitamente dichos estados de cuenta a las siguientes personas:</p> <p>I. A los mandantes de las operaciones a que se refieren las fracciones XXI y XXII del artículo 118 de este ordenamiento, y</p> <p>II. A los fideicomitentes y/o fideicomisarios, en los términos que se establezcan en los contratos de fideicomiso respectivos, en el caso de las operaciones previstas en la fracción XXIII del artículo 118 de la presente Ley.</p> <p>Se podrá pactar que, en sustitución de la obligación referida, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier medio que al efecto se acuerde entre ambas partes. Los estados de cuenta deberán emitirse por periodos que no excedan de tres meses.</p> <p>Los mencionados estados de cuenta deberán cumplir con los requisitos que establezca la Comisión mediante disposiciones de carácter general, previa opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.</p>	<p>Art. 207</p>

<p>Las citadas disposiciones de carácter general, deberán considerar los aspectos siguientes:</p> <p>a) Claridad en la presentación de la información contenida en los estados de cuenta, que permita conocer los movimientos efectuados en un periodo previamente acordado entre las partes;</p> <p>b) La base para incorporar en los estados de cuenta, los rendimientos de las inversiones, las comisiones y demás conceptos que la Institución de Seguros cobre por la prestación del servicio u operación de que se trate, así como otras características del servicio;</p> <p>c) La información que deberán contener para permitir la comparación de las comisiones aplicadas en operaciones afines;</p> <p>d) Los datos de localización y contacto con la unidad especializada que en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros deben mantener, para efectos de aclaraciones o reclamaciones vinculadas con el servicio o producto de que se trate, así como los plazos para presentarlas, y</p> <p>e) Las demás que las autoridades competentes determinen, en términos de las disposiciones aplicables.</p> <p>La Comisión, de oficio o a solicitud de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, podrá ordenar modificaciones a los estados de cuenta que expidan las Instituciones de Seguros, cuando estos no se ajusten a lo previsto en los incisos a) a d) de este artículo o en las disposiciones de carácter general que del propio precepto emanen.</p>	<p>Art. 207</p>
<p>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:</p> <p>I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p>	<p>Art. 276</p>

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

Art. 276

XII. 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-S0048-0439-2011 de fecha 23 de marzo de 2012 y BADI-S0048-0082-2014 de fecha 18 de diciembre de 2014.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a:

La **Unidad Especializada** de nuestra Compañía al teléfono: **800 633 9648** para aclaraciones y al **800 900 1292** para dudas, o visite **axa.mx**; o bien comunicarse a

Condusef al teléfono: **(55) 5448 7000** en la Ciudad de México y del interior de la República al: **800 999 8080** o visite la página **www.condusef.gob.mx**.



Llámanos sin costo
800 900 1292
axa.mx